



Уведомление об отсутствии обязательных прививок

Имя и фамилия ребенка: _____ Дата (DD/MM/YYYY): _____

Номер учащегося (OSIS): _____ Номер школы (DBN) : _____ Уч. уровень/Класс: _____

Уважаемый родитель/опекун!

У вашего ребенка отсутствуют одна или несколько обязательных для школы прививок (отсутствующие вакцины отмечены в таблице). Согласно Разделу 2164 Закона об общественном здравоохранении, **директору школы запрещено допускать ребенка в школу с ___/___/___ (DD/MM/YYYY) до предъявления справки о получении требуемых вакцин или подтверждения иммунитета.**

Предъявите данное письмо врачу, чтобы ребенок получил недостающие вакцины. Если эти прививки уже сделаны или иммунитет подтвержден, представьте директору школы соответствующую справку. Вакцинация, проведенная до достижения минимального возраста, не засчитывается. Альтернативные графики прививок не допускаются. С вопросами об иммунизации или за помощью в поиске врача звоните 311.

Вакцины (Недостающие вакцины отмечены)	Требуемое количество доз	Примечания для врача
___ Дифтерия, столбняк и коклюш (DTaP или DTP), или столбняк и дифтерия (Td)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5	Вакцина DTaP предназначена для детей младше 7 лет. Вакцина Td для детей в возрасте 7 лет и старше.
___ Дифтерия, столбняк и бесклеточный коклюш (Tdap)	___ 1	6-9 классы: только дозы Tdap (или DTaP), полученные ребенком в возрасте 10 лет и старше; 10-12 классы: дозы, полученные в возрасте 7 лет и старше.
___ Полио (IPV или OPV)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4	Результаты анализа крови по всем трем серотипам вируса полиомиелита для подтверждения иммунитета будут засчитаны, если анализы взяты не позднее сентября 2019 г.
___ Корь, свинка и краснуха (MMR)	___ 1 ___ 2	Достаточен анализ крови, подтверждающий наличие иммунитета.
___ Гепатит В	___ 1 ___ 2 ___ 3	Достаточен анализ крови, подтверждающий наличие иммунитета или инфекции.
___ Ветряная оспа	___ 1 ___ 2	Достаточны анализ крови, подтверждающий наличие иммунитета, или справка от врача о перенесенном заболевании.
___ Менингококковый конъюгат (MenACWY)	___ 1 ___ 2	Классы 7-10: только дозы MenACWY, полученные ребенком в возрасте 10 лет и старше; классы 11-12: дозы, полученные в возрасте младше 10 лет.
___ Гемофильная инфекция типа b (Hib)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4	Дошкольные учреждения, Head Start, ясли, программы 3-K или Pre-K
___ Пневмококковый конъюгат (PCV)	___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4	Дошкольные учреждения, Head Start, ясли, программы 3-K или Pre-K
___ Грипп	___ 1	Дошкольные учреждения, Head Start, ясли, программы 3-K или Pre-K

***For health care providers:** To view school immunization requirements, visit schools.nyc.gov and search for **immunizations** (see the **Information for Providers** section).

Имя и фамилия директора школы _____

Телефон школы: _____