



طلب استثناء طبي من تطعيم الطلاب/ الطالبات في المدارس

اسم الطالب/الطالبة: \_\_\_\_\_  
العمر: \_\_\_\_\_  
رقم الهوية/الإقامة: \_\_\_\_\_  
المدرسة: \_\_\_\_\_

ان ابني / ابنتي المذكور اسمه/ اسمها أعلاه مستثناة من التحصينات الاساسية المقررة عند دخول الصف الاول الابتدائي للسبب التالي (ضع علامة صح امام السبب):

حصل ابني / ابنتي مسبقاً على تطعيم سن ٤ الى ٦ سنوات (انظر كرت التطعيم)

لدى ابني / ابنتي حساسية شديدة لاحد اللقاحات او مكوناتها (حدثت مع جرعات سابقة) واللقاح المسبب للحساسية هو:

حقنة الثلاثي البكتيري

حقنة الثلاثي الفيروسي

حقنة الجديري المائي (العنقز)

لقاح شلل الاطفال الفموي

لا اعرف نوع اللقاح الذي سبب الحساسية الشديدة

اسم والد/والدة الطفل: \_\_\_\_\_

رقم الهوية الوطنية/الإقامة والد/والدة الطفل: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

في حال وجود أحد مبررات الاستثناء أعلاه، الرجاء تعبئة هذا النموذج وطباعته وارساله الى المدرسة مع طفلك