

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? Yes No

شهادة حالة التحصين (CIS)

يُرجى طباعة هذا النموذج. انظر الجزء الخلفي للحصول على تعليمات بشأن كيفية تعبئة هذا النموذج أو طباعته من نظام معلومات التحصين في ولاية واشنطن.



الاسم الأخير للطفل:		الحرف الأول من الاسم الأوسط:		الاسم الأول:		تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	
_____		_____		_____		_____	
<p>أعطي الإذن للمدرسة/منشأة رعاية الطفل التي يدرس فيها طفلي لإضافة معلومات التحصين إلى نظام معلومات التحصين في ولاية واشنطن لمساعدة المدرسة في الحفاظ على تحديث السجل الخاص بطفلي.</p>				<p>الوضع المشروط فقط: أقر بأن طفلي يحضر في المدرسة/منشأة رعاية الطفل حسب الوضع المشروط الممنوح له. ولكي يستمر طفلي في الحضور في المدرسة، فإنه يجب علي تقديم وثائق التحصين اللازمة في المواعيد النهائية المحددة. انظر الجزء الخلفي للحصول على مزيد من الإرشادات المتعلقة بالوضع المشروط.</p>			
توقيع ولي الأمر/الوصي		توقيع ولي الأمر/الوصي		تاريخ		تاريخ	
_____		_____		_____		_____	
<p>Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)</p> <p>If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.</p> <p>I certify that the child named on this CIS has:</p> <p><input type="checkbox"/> A verified history of varicella (chickenpox) disease.</p> <p><input type="checkbox"/> Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.</p>		<p>شهر/يوم/سنة</p>		<p>شهر/يوم/سنة</p>		<p>شهر/يوم/سنة</p>	
<p><input type="checkbox"/> Diphtheria</p> <p><input type="checkbox"/> Hib</p> <p><input type="checkbox"/> Rubella</p> <p><input type="checkbox"/> Polio (all 3 serotypes must show immunity)</p>		<p><input type="checkbox"/> Hepatitis A</p> <p><input type="checkbox"/> Measles</p> <p><input type="checkbox"/> Tetanus</p>		<p><input type="checkbox"/> Hepatitis B</p> <p><input type="checkbox"/> Mumps</p> <p><input type="checkbox"/> Varicella</p>		<p>شهر/يوم/سنة</p>	
<p>_____</p> <p>Licensed Health Care Provider Signature</p>		<p>_____</p> <p>Date</p>		<p>_____</p>		<p>_____</p>	
<p>_____</p> <p>Printed Name</p>		<p>_____</p>		<p>_____</p>		<p>_____</p>	
<p>Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____</p> <p>If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.</p>		<p>I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.</p>		<p>_____</p>		<p>_____</p>	

