



Los Angeles Unified School District
Medical Services Division

School Name: _____
School Address: _____

NOTICE OF IMMUNIZATION(S) DUE

Dear Parent/Guardian of: _____ ROOM: _____ GRADE: _____ DATE: _____

Our records show that your child needs the following immunization(s) (shots) to meet the requirements of the California Health and Safety Code Section, Division 105, Part 2, Chapter 1, Sections 120325-120380 and the California Code of Regulations, Title 17, Division 1, Chapter 4, Subchapter 8, Sections 6000-6075 to remain enrolled in school.

MISSING DOSE(S) MARKED BELOW:

Vaccine	1 st Dose	2 nd Dose	3 rd Dose	4 th Dose	5 th Dose
Polio (Oral polio vaccine (OPV) doses given on or given after April 1, 2016 do not count)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DTaP (given as Td or Tdap for 7yo & above)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tdap (7th - 12th grade)	<input type="checkbox"/>				
MMR (1 st dose must be on or after first birthday)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hib (Preschool Only. Ages 15mo-5yrs, must be on or after first birthday)	<input type="checkbox"/>				
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Varicella (chickenpox)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

YOU NEED TO DO ONE OR MORE OF THE FOLLOWING IMMEDIATELY:

1. If your child has already received all these immunizations marked above, bring us the immunization record so that we can update our files. Your child's record must include date/s (mm/dd/yyyy) for the immunizations checked above and the doctor's/clinic's name. If your child has not already received all the immunizations marked above. Bring this form along with your child's immunization record to your doctor or local health department. For students who do not have private insurance coverage, immunizations are available at low cost from the Los Angeles County Department of Health Services. For more information, please call 211 (<https://211la.org>) for the location of free immunization clinics. The school-based immunization clinics (<http://lausd.org/immunizations>) are open during school hours for students without insurance, Medi-Cal recipients, Alaskan or Native American. Please provide the school with a copy of your child's updated immunization record after every immunization visit until all the required immunizations have been received.
2. If any of these immunizations were not given to your child because of medical reasons, please submit a completed medical exemption form issued using the CAIR-Medical Exemption website <https://cair-me.cdph.ca.gov/home> by your child's doctor (MD or DO licensed in California).

According to state law, we cannot allow your child to attend unless we receive evidence that the above requirements are met by this date: Exclusion Date ____/____/____.

For more information on school immunization requirements, visit the [Shots for School](#) website. If you have any questions or require additional information, please call School Phone Number

Sincerely,

Principal's Name: _____

Credentialed School Nurse's Name: _____

Объединенный школьный округ Лос-Анджелеса
Отдел медицинского обслуживания

Наименование школы: _____
Адрес школы: _____

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ ВАКЦИНАЦИИ
(NOTICE OF IMMUNIZATION(S) DUE)**

Уважаемый родитель/опекун ученика: _____ КОМНАТА: _____ КЛАСС: _____ ДАТА: _____

Согласно нашим данным, вашему ребенку необходима следующая вакцинация (прививки) для соответствия требованиям разделов 120325–120380 главы 1 части 2 секции 105 Кодекса здравоохранения и безопасности штата Калифорния, а также разделов 6000–6075 подглавы 8 главы 4 секции 1 тома 17 Кодекса законов штата Калифорния, чтобы оставаться зачисленным в школу.

НЕ ХВАТАЕТ СЛЕДУЮЩИХ ДОЗ (ОТМЕЧЕНО НИЖЕ):

Вакцина	1-ая доза	2-ая доза	3-ая доза	4-ая доза	5-ая доза
Полиомиелит (пероральная вакцина против полиомиелита (OPV), введенная 1 апреля 2016 года или позже, не засчитывается)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DTaP (с 7 лет и старше вводится как Td или Tdap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tdap (7–12 классы)	<input type="checkbox"/>				
MMR (первая доза должна быть введена не ранее первого дня рождения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hib (только для дошкольников, в возрасте от 15 месяцев до 5 лет, доза должна быть введена не ранее первого дня рождения)	<input type="checkbox"/>				
Гепатит В	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ветряная оспа (варицелла-зостер)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ОДНО ИЛИ НЕСКОЛЬКО ИЗ НИЖЕУКАЗАННЫХ ДЕЙСТВИЙ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО:

1. Если ваш ребенок уже получил все отмеченные выше прививки, предоставьте нам карту прививок, чтобы мы могли обновить данные. В карте ребенка должны быть указаны даты (мм/дд/гггг) по всем отмеченным выше прививкам и имя/наименование врача/клиники. Если ваш ребенок еще не получил все отмеченные выше прививки, сделайте следующее. Возьмите эту форму вместе с картой прививок ребенка и обратитесь к врачу или в местный департамент здравоохранения. Для учащихся без частной медицинской страховки прививки можно сделать по сниженной цене в Департаменте здравоохранения округа Лос-Анджелес. Для получения дополнительной информации звоните 211 (<https://211la.org>), чтобы узнать адреса бесплатных прививочных клиник. Школьные прививочные клиники (<http://lausd.org/immunizations>) работают в учебные часы для учащихся без страховки, получателей услуг по программе Medi-Cal, а также для коренных жителей Аляски и коренных американцев. Просим предоставлять в школу копию обновленной карты прививок ребенка после каждого похода на вакцинацию, пока не будут получены все необходимые прививки.
2. Если какие-либо из прививок не были сделаны вашему ребенку по медицинским причинам, необходимо предоставить заполненную форму медицинского освобождения, оформленную через сайт CAIR-Medical Exemption <https://cair-me.cdph.ca.gov/home> лечащим врачом вашего ребенка (доктор медицины (MD) или доктор остеопатической медицины (DO) с лицензией в Калифорнии).

В соответствии с законодательством штата, мы не можем допустить вашего ребенка к занятиям, если до указанной ниже даты не будут представлены документы, подтверждающие выполнение всех вышеприведенных требований: Дата отстранения от занятий _____ / _____ / _____.

Для получения дополнительной информации о школьных требованиях к вакцинации посетите сайт [Shots for School](#). Если у вас возникли вопросы или требуется дополнительная информация, звоните по телефону школы

С уважением,

ФИО директора: _____

ФИО дипломированной школьной медсестры: _____