



10/15/08 348-106 DOH Urdu نظر ثانی:

بچے کا آخری نام:	پہلا نام:	درمیانی نام:	بچے کا پتہ:
بچے کی تاریخ پیدائش:	بچے کی جنس:		والدین/سرپرست کا نام:
والدین/سرپرست کا دن کے وقت کا فون نمبر:			

براہ کرم مندرجہ ذیل میں سے وہ استثناء چنیں جو آپ کے بچے پر منطبق ہوتا ہے۔

<input type="checkbox"/> ذاتی/فلسفیانہ استثناء
<input type="checkbox"/> مذہبی استثناء
میں نہیں چاہتا کہ میرے بچے کو درج ذیل ویکسن دیا جائے۔
<input type="checkbox"/> ڈیپتھیریا <input type="checkbox"/> خسرے <input type="checkbox"/> نیوموکوکول <input type="checkbox"/> ٹنٹس <input type="checkbox"/> ڈیگر (نشاندہی کریں):
<input type="checkbox"/> ہیپاٹائٹس <input type="checkbox"/> گل سوئے <input type="checkbox"/> پولیو <input type="checkbox"/> ورسلا (چھوٹی چیچک)
<input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> پرنٹوسس (کالی کھانسی) <input type="checkbox"/> روبیلا

<input type="checkbox"/> عارضی طبی استثناء
<input type="checkbox"/> مستقبل طبی استثناء
میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس فارم پر مندرجہ بچے کو درج ذیل ویکسن سے طبی استثناء حاصل ہے:
تا
ٹیکہ (ٹیکے)
X
تاریخ (یا مستقل)
لانسنس یافتہ معالج (MD, DO, ND, PA, ARNP) کا نام تائپ کریں یا جلی حروف میں لکھیں
X
لانسنس یافتہ معالج کے دستخط
تاریخ

والدین/سرپرست کے لئے نوٹس: "میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ یہاں فراہم کردہ معلومات صحیح اور قابل تصدیق ہیں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر کوئی ایسی بیماری پھیل جاتی ہے جسے ایسے ویکسن سے قابو کیا جاسکتا ہے
تاریخ
والدین/سرپرست کا دستخط

<sup>1</sup> RCW 28A.210.080-090 بیان کرتا ہے کہ ریاست واشنگٹن میں کسی عوامی اور شخصی اسکول یا لائسنس یافتہ دن کی نگہداشت کے مرکز میں ہر بچے کی حاضری سے پہلے یا اس کے پہلے دن: (1) پوری ٹیکہ کاری، (2) ٹیکہ کاری کے جدول کا آغاز اور اس کی تعمیل، جیسا کہ اسٹیٹ بورڈ آف ہیلتھ کے قوانین کی طرف سے مطلوب ہے، یا (3) والدین یا سرپرست کے ذریعہ دستخط شدہ، استثناء کی سند کا ثبوت ضرور پیش کرنا چاہئے۔ طبی استثناء پر لائسنس یافتہ معالج کا دستخط ہونا ضروری ہے۔