

موافقة على إعطاء قاصر لقاح كوفيد-19 (Consent to Vaccinate Minor for COVID-19)

| | | |
|--------------------------------------|----------------------|---------------|
| الاسم الأول، والأوسط، والأخير للقاصر | تاريخ ميلاد القاصر | |
| عنوان الشارع | المدينة | الرمز البريدي |
| اسم ولي الأمر/الوصي | هاتف ولي الأمر/الوصي | |
| اسم المدرسة | | |

بصفتي ولي أمر القاصر المذكور أعلاه، والذي يبلغ من العمر 16 أو 17 عامًا، أو الوصي القانوني عليه، فإنني بموجب هذه الوثيقة أوافق على أن تعطي **County Health Department (إدارة الصحة في مقاطعة سولت ليك)** لقاح كوفيد الذي أنتجته شركة Pfizer والمُكوّن من جرعتين إلى طفلي أثناء كونه تحت رعاية المدرسة المذكورة أعلاه.

✓ أؤكد صحة المعلومات الواردة أعلاه.

✓ أدرك أنه يجب أن تتم ملاحظة التلاميذ لمدة 15 دقيقة بعد تناول اللقاح.

○ أدرك أن ممرضات إدارة الصحة سيُحدّدن ما إذا كان التلميذ(ة) يتطلب الملاحظة لمدة 30 دقيقة استنادًا إلى السجل

السابق لرد فعل اللقاحات و/أو الحساسية. وستقم الممرضات بإعطاء Benadryl و/أو EpiPen، حسب الحاجة،

استنادًا إلى التعليمات الدائمة لإدارة الصحة في مقاطعة سولت ليك (SLCoHD).

✓ أدرك أنه سيتم التواصل معي لاستلام التلميذ(ة) التابع لي في حالة معاناته من رد فعل تحسسي.

توقيع ولي الأمر/الوصي التاريخ