

Подтверждение заявления о проживании

Имя студента: _____ Школа: _____ Класс: _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Для того, чтобы проверить проживание в пределах школьного района, НЕОБХОДИМО предоставить один из следующих документов из списка ниже. Документ должен быть датирован в течение последних шестидесяти дней с указанием имени и адреса родителя / опекуна. (Наличие Номерных Потовых Ящиков (PO Box) не принимаются в качестве адреса проживания).

- Эскроу-бумаги, ипотека или счет на оплату за собственность
- Счет за оплату страховки жилья
- Договор аренды жилья
- Счет за газ или электричество
- Счет за воду
- Счет за вывоз мусора
- Счет за кабельное телевидение и Интернет
- Телефонный счет за стационарный телефон по указанному адресу
- Другая документация, утвержденная школой
- Если вы участвуете в **Программе конфиденциальности адресов штата Вашингтон**, официальная документация из Программы конфиденциальности адресов, в которой говорится, что место проживания удовлетворяет требованию школьного района о посещаемости и находится в школьном округе Эдмондс. Вы должны иметь письменное подтверждение для школы каждый год.
- Проверка проживания с _____. **Необходимо заполнить форму Аффидевита О проживании P-110**, которое предоставляется по запросу в школе.

Если вы не можете предоставить ни один из вышеуказанных документов, пожалуйста, свяжитесь со школой, чтобы обсудить ваши обстоятельства и обсудить дальнейшие шаги.

Пожалуйста, перечислите ниже имена дополнительных учащихся по этому адресу, которые посещают школу в школьном округе Эдмондс.

Учащийся: _____ Школа: _____ Дата рождения _____ Класс _____

Учащийся: _____ Школа: _____ Дата рождения _____ Класс _____

Учащийся: _____ Школа: _____ Дата рождения _____ Класс _____

Я заявляю, что вышеупомянутый студент (студенты) проживает по адресу, указанному в одном из документов, указанных выше и прикрепленных к этому пакету зачисления. Я сообщу школе в течение двух недель после изменения места жительства и даю согласие на предоставление нового доказательства проживания и обновленное подписанное заявление на тот момент. Если я переезжаю за пределы школьного округа, я понимаю, что заявка на перевод по выбору должна быть подана и одобрена, чтобы продолжить посещение школы, указанной в списке выше.

Фальсификация любой информации или документа, необходимого для проверки места жительства, или использование адреса другого лица без фактического проживания там может привести к отчислению учащихся из школьного округа Эдмондс (см. Правила 3131).

Родитель/ Опекун Напечатанное имя: _____

Родитель / Опекун Подпись: _____ Дата: _____

For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address

Student(s) Request:

Transfer to new school assigned to address: Immediately or Date: _____Continue to attend current school through Grade 6 _____ Grade 8 _____ Grade 12 _____
(Students not approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)**School:** Email a copy of this form to Kari McGie (elementary) or Leslie Anderson (secondary)



Заполните эту форму ТОЛЬКО в том случае, если ваша жилищная ситуация является переходной или нестабильной. Если вы владеете, арендуете или арендуете свой дом, пожалуйста, НЕ заполняйте эту форму.

Ответы на следующие вопросы могут помочь определить услуги, которые этот студент может иметь право на получение в соответствии с the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. Закон Маккинни-Венто provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. (Для получения дополнительной информации см. обратную сторону.)

Если студент живет в доме, принадлежащем или арендованном родителем или опекуном, вам не нужно заполнять эту форму, если нет неадекватных удобств (нет воды, тепла, электричества и т. д.). Если вы не владеете / не арендуете свое собственное жилье, пожалуйста, проверьте все, что применимо ниже. Если вы не владеете / не арендуете свое собственное жилье, пожалуйста, отметьте все, что применимо ниже:

- В мотеле/отеле
- В приюте (краткосрочный/долгосрочный)
- Переезд с места на место/проживание с друзьями
- В чьем-то доме или квартире с другим человеком/семьей
- В резиденции с неадекватными удобствами (нет воды, тепла, электричества и т.д.)
- Автомобиль, парковка, кемпинг или аналогичное место
- Временное жилье
- Другое _____

| Имя студента (Фамилия, Имя) | Школа | Класс | Дата рождения | Возраст |
|-----------------------------|-------|-------|---------------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Другие студенты: _____

- Студент не сопровождается (не проживает с родителем или законным опекуном)
- Студент не сопровождается (не проживает с родителем или законным опекуном)
- Студент находится в приемной семье

АДРЕС ТЕКУЩЕГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА: _____

Нужен ли студенту транспорт в/из школы?: Да Нет

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ИЛИ КОНТАКТНЫЙ НОМЕР: _____

ИМЯ КОНТАКТНОГО ЛИЦА: _____

Напишите печатными буквами имя родителя (родителей)/законного опекуна(ов):

(Или несопровождаемая молодежь)

*Подпись родителя/законного опекуна: _____ Дата: _____
(O jóvenes no acompañadas/os)

У учащихся (ов), упомянутых выше, есть младшие братья и сестры / дети (еще не школьного возраста), которые нуждаются в скрининге развития, поддержке сообщества или направлении в службы раннего детства.

Пожалуйста, верните заполненную форму в вашу школу. Школа отправит эту форму в районный отдел по связям с бездомными

For District Homeless Liaison Only: For data collection purposes and student information system coding

- (N) Not Homeless
- (A) Shelters
- (B) Doubled-Up
- (C) Unsheltered
- (D) Hotels/Motels
- (E) Unaccompanied Youth

Закон McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435
РАЗДЕЛ 725. ОПРЕДЕЛЕНИЯ.

В контексте настоящего раздела:

(1) Термин «регистрировать» и «регистрация» включает в себя право посещения занятий и участия во всех школьных мероприятиях.

(2) Термин «бездомные дети и молодежь» —

(A) относится к лицам, не имеющим постоянного, полноценного и адекватно оборудованного места для ночлега (в значении раздела 103(а)(1)); и

(B) включает —

(i) детей и подростков, которые делят жилое помещение с другими людьми вследствие утраты жилья, экономических проблем либо по различным аналогичным причинам; проживают в мотелях, отелях, на стоянках для жилых автоприцепов или на территории кемпинга по причине отсутствия соответствующего требованиям жилья; проживают в аварийных или временных убежищах; остаются в госпиталях; либо ожидают своей очереди на размещение в приемную семью;

(ii) детей и подростков, имеющих временный ночлег в финансируемом государством либо средствами из частных источников, жилье, как не квалифицируемое как приют, так и предназначенном для постоянного проживания людей (в рамках определения, приведенного в разделе 103(а)(2)(С));

(iii) детей и подростков, проживающих в машинах, парках, общественных местах, заброшенных зданиях, автобусах или железнодорожных вокзалах и подобных объектах; а также

(iv) кочующих детей (данный термин определяется разделом 1309 Акта о начальном и среднем образовании от 1965 года), квалифицированных, как лица, не имеющие определенного места жительства, в контексте данного подзаголовка, в связи с условиями проживания, описанными в пунктах с (i) по (iii).

(6) Термин «беспризорный подросток» определяет подростков, не находящихся на попечении родителя или опекуна.

Дополнительные ресурсы

Информация и ресурсы для родителей приведены по адресам:

<https://nche.ed.gov/> [National Center for Homeless Education](#)

<http://naehcy.org/educational-resources/> [National Association for the Education of Homeless Children and Youth](#)

Serving Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace, Woodway, and portions of Snohomish County

Целью этого письма является сбор информации о студентах, которым необходимо особое внимание по состоянию здоровья. Пожалуйста, заполните форму «Регистрация здоровья студента - HS 534», независимо от того, есть ли у вашего ребенка состояние здоровья, требующее ежедневной или неотложной помощи, чтобы мы смогли способствовать его здоровью и безопасности. Как родители / опекуны, вы должны знать, что требуется по закону, прежде чем ваш ребенок сможет пойти в школу.

Хронические заболевания

- Если у вашего ребенка есть опасное для жизни состояние, которое может повлечь за собой смерть в течение учебного дня, если лекарство или лечение не будут на месте, пожалуйста, сообщите об этом школьной медсестре.
- Школьники с заболеваниями, подверженными риску, должны иметь лекарства и назначение от врача и план предоставления мед. Услуг в школе, который должен быть предусмотрен до того, как начнется школа.
- Предоставьте необходимые изменения, которые происходят в течение учебного года, либо с контактными номерами, либо с состоянием здоровья вашего ученика (согласно статье RCW 28.A.210.320).

Назначение лекарств

- Лекарство должно быть представлено в оригинальном контейнере, если это безрецептурное лекарство.
 - Если это предписанное лекарство, контейнер должен быть должным образом маркирован и находиться в оригинальной упаковке.
 - Пожалуйста, проверьте сроки годности. Школьному персоналу не разрешается давать просроченные лекарства.
 - Форма согласия на прием лекарств требуется для любого лекарства, даваемого в школе.
- Подписи от родителя / опекуна и доктора или клиники учащегося необходимы для любого лекарства, которое должно быть дано в школе. Это включает в себя рецептурные, а также безрецептурные лекарства.**
- Согласие родителей и/или врачей отправленные по факсу является приемлемым.

С политикой в отношении лекарств Эдмондса можно ознакомиться на веб-сайте школьного округа Эдмондс в разделе «Правила и предписания школьного совета» (School Board Policies and Procedures).

Если у вас есть вопросы или проблемы, пожалуйста, свяжитесь со школьной медсестрой.

Sincerely,

Группа представителей школы по оказанию медицинских услуг
Health Services Team

Rev 12.2020 12.2021

Школа: _____

Ожидаемая дата начала: _____

| | | | | |
|---|----------------------------|-------------------|---------------------|---------|
| Имя студента | Дата рождения | Род | Предпочтительно пол | Степень |
| Имя родителя/опекуна | Телефон | Электронная почта | | |
| Имя поставщика медицинских услуг Телефон | Имя стоматолога Телефон | | | |

ALERT: Школа должна знать об **УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ** состояниях (таких как тяжелая аллергия, астма, диабет, судороги или другие состояния риска). Для этого требуется план неотложной помощи, угрожающий жизни, и любые необходимые лекарства, расходные материалы и приказы поставщика должны быть на месте, прежде чем ваш ученик сможет посещать школу (согласно RCW 28A. 210.320).

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ – Подпись требуется на странице 2 Медицинское страхование Да No

 НЕИЗВЕСТНОЕ СОСТОЯНИЕ
Опасные для жизни состояния: требуется план ухода

- EG** Анафилаксия (эпи-пен назначен)
EK Диабет 1 типа
NP Судороги (требуется экстренное лечение)
RG Астма - тяжелая

Врожденные / Генетические

- АН** синдром Дауна
AJ Расстройство алкогольного спектра плода

Кровь / Гематология

- BA** Анемия
BB Гемофилия
BC Признак серповидно-клеточной анемии
OJ История тяжелых носовых кровотечений

Сердце / Сердце

- CC** Врожденный порок сердца
CD Шум сердца

Аллергия, иммунная, эндокринная, метаболическая и питательная

- ED** аллергия – Пищевая
EE аллергия - Насекомое
 Аллергия Другое
EL Диабет 2 типа

Желудочно-кишечный, стоматологический и оральный

- GA** Целиакия
GG Список пищевой непереносимости:
GL Непереносимость лактозы
GF Энкопрез
GO Хронический запор
GH желудочный рефлюкс
GJ Воспалительное заболевание кишечника
GK Синдром раздраженного кишечника
 Стоматологическое / Оральное состояние

Опорно-двигательный аппарат

- MC** Ювенильный ревматоидный / идиопатический артрит

Нервная система

- NB** диагностирован сДВГ/СДВГ
NC расстройства аутистического спектра
NE Церебральный паралич
NF нарушения развития
NH Мигрень
NI Головные боли, повторяющиеся
NP Судорожное расстройство Текущее Историческое
NU Черепно-мозговая травма

Пересаживать

- OD** Список Орган:

Психическое или поведенческое здоровье

- PA** Тревога
PC Депрессия
PH расстройство сна

Дыхательные / Дыхательные

- RG** Астма – текущая
RH Астма – всегда диагностировался
RA Астма – индуцированная физической нагрузкой
RE Реактивные заболевания дыхательных путей

Кожа

- SB** Экзема / Контактный дерматит / Псориаз

Почечные / Почечные

Пожалуйста, перечислите: _____

Ухо / Слух

- YA** Хроническая ушная инфекция современные
 исторические
YB нарушениями слуха – кохлеарный имплант для слуховых аппаратов

ГЛАЗ / Зрение

- YF** Носит очки / контакты
YE дефицит цветового зрения
YD слабовидящие

ДРУГИЕ УСЛОВИЯ: _____

Лекарства / лечение в школе Нет Да (требуется письменное разрешение, подписанное поставщиком медицинских услуг)

 Заполните необходимые документы для приема лекарств в школе

 Лекарства в домашних условиях Нет Да, пожалуйста, перечислите: _____

АЛЛЕРГИИ

Что вызывает аллергические реакции? _____

Дата последней аллергической reaction: _____

Аллергическая R-реакция:

Крапивница Отек губ, рта, языка, горла Затрудненное дыхание Тошнота, спазмы желудка, рвота, диарея

Была ли эта аллергическая реакция рецепционной неотложной помощью? Нет Да (Пожалуйста, объясните) _____

Прошел ли ваш студент тестирование на аллергию? Нет Да (Где и когда?) _____

Лекарства от аллергии:

| Имя | Доза | Частота |
|-----|------|---------|
| | | |
| | | |

АСТМА

Что вызывает симптомы астмы? Респираторная инфекция Пыльца / Плесень Физические упражнения Погода / Температура

Животные Дым

Плохое качество воздуха Сильные запахи / Духи

Дата постановки диагноза: _____ Health, который поставил диагноз студенту: _____

Лекарства от астмы:

| Имя | Доза | Частота |
|-----|------|---------|
| | | |
| | | |

Использует ли ваш ученик спейсер/аэрокамеру со своим ингалятором? Нет Да

Нуждался ли ваш ученик в оральных стероидах (т.е. преднизолоне)? Нет Да (Когда?) _____

Ваш студент был в больнице от астмы? Нет Да (пожалуйста, объясните) _____

ДИАБЕТ

Дата диагноза: _____ Medication Oral _____ Insulin (type) _____

Оборудование Инсулиновая ручка Инсулиновая помпа (тип) _____ CGM (type) _____

Может ли ваш ученик самостоятельно проверить свой собственный BG (уровень глюкозы в крови) Нет Да

Может ли ваш ученик считать углеводы самостоятельно? Нет Да

Может ли ваш ученик самостоятельно рассчитать свои дозы инсулина? Нет Да

Может ли ваш ученик самостоятельно вводить инсулин? Нет Да

ПРИПАДКИ

Дата первого изъятия: _____ Date of most recent seizure: _____

Частота судорожной активности: один раз ежедневно еженедельно ежемесячно ежегодно

Тип изъятий: _____

Лекарства от судорог :

| Имя | Доза | Частота |
|-----|------|---------|
| | | |
| | | |

У вашего студента был приступ, который потребовал неотложной помощи / лекарств? Нет Да Когда? _____

Пожалуйста, объясните: _____

| Медицинские приборы | Устье | Физическая активность/ Мобильность |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> OLA <input type="checkbox"/> Стимулятор агавного нерва | <input type="checkbox"/> ОКА <input type="checkbox"/> Гастростомия | <input type="checkbox"/> Колесный стул |
| <input type="checkbox"/> OLB <input type="checkbox"/> Автоматический внутренний сердечный дефибриллятор | <input type="checkbox"/> ОКВ <input type="checkbox"/> Колостомия | <input type="checkbox"/> Крутки |
| <input type="checkbox"/> OLC <input type="checkbox"/> Пейсмейкер | <input type="checkbox"/> ОКД <input type="checkbox"/> Трахеостомия | <input type="checkbox"/> Другой – Список: |
| <input type="checkbox"/> OLD <input type="checkbox"/> Гастростомическая трубка | <input type="checkbox"/> ОКЕ <input type="checkbox"/> Уростомия | |
| <input type="checkbox"/> OLE <input type="checkbox"/> Жеюностомическая трубка | <input type="checkbox"/> ОК <input type="checkbox"/> Другие | |
| <input type="checkbox"/> Вброс | | |
| <input type="checkbox"/> Протезы – Список: | | |
| <input type="checkbox"/> Другие медицинские изделия: | | |

родителей/опекунов _____

Date _____

Кому: Родителям учеников школьного округа
Эдмондс
Откуда: Отдел студенческих медицинских
услуг

Требования к зачислению в школу в соответствии с законом штата Вашингтон (RCW 28A.210.080)

Заполненная справка о статусе иммунизации (Certificate of Immunization Status (CIS)). Это может быть одно из следующих:

- Справка-сертификат, распечатанная из системы [MyIR](#) созданный [Департаментом здравоохранения штата Вашингтон](#) или из другого штата.
- Физическая копия справки CIS с подписью врача (мед учреждения).
- Физическая копия справки CIS с сопутствующими медицинскими записями об иммунизации от врача, проверенная и подписанная школьным персоналом

OR

- Уведомление принесенное в школу, свидетельствующее, что серия прививок началась, и что это будет завершено в соответствии с рекомендуемым вашим поставщиком медицинских услуг. Иммунизация доступна у вашего частного поставщика медицинских услуг или вы можете получить вакцины в Общественном центре здравоохранения округа Снохомиш (Community Health Center of Snohomish County) at www.chcsno.org.

Условный статус будет предоставлен учащимся только в том случае, если они начали серию обязательной иммунизации, которую они должны получить. В качестве требования для посещения школы все серии иммунизации должны быть завершены или начаты. Медицинская справка об этом статусе должна быть представлена в школу в первый день посещения или до него.

ИЛИ

- **Заполните свидетельство об освобождении --Complete a Certificate of Exemption (C.O.E.) в дополнение к сертификации иммунизации.** Лицензированный поставщик медицинских услуг должен подписать Свидетельство об освобождении для родителя или опекуна, чтобы освободить своего ребенка от требований школьной иммунизации. Подпись подтверждает, что доктор говорил с родителем или опекуном о преимуществах и рисках иммунизации. Родитель или опекун также может предоставить подписанное письмо от поставщика медицинских услуг с указанием той же информации. Если в школе произошла вспышка какого-либо заболевания, предупреждаемого с помощью вакцин, от которого ваш ученик освобожден, ваш ученик будет исключен из школы на время вспышки.

Лучший способ иметь справку-сертификат об иммунизации вашего ребенка (Certificate of Immunization—это распечатать его из страницы MyIR. [Создайте учетную карту здесь -- MyIR account \(Washington State Dept. of Health\)](#).



Загрузите и распечатайте свидетельство об иммунизации

Новое требований к иммунизации Департамента здравоохранения (ДОН), принятое в июне 2021 г. :

Все учащиеся, обучающиеся в государственной школе, должны соблюдать правила иммунизации, даже если они участвуют в альтернативной школьной или районной программе. К ним относятся программы домашнего обучения, проф-тех образование, программа в колледже Running Start, и любая виртуальная школьная программа.

Все студенты должны будут иметь заполненный сертификат о статусе иммунизации (CIS) и/или свидетельство об освобождении (COE), хранящееся в школе для участия в школьном обучении и мероприятиях.

Родители, а ваши дети готовы к школе?

Список прививок, необходимых для допуска к посещению школ в 2023/2024 учебном году



Инструкции. Чтобы узнать, какие прививки обязательны для посещения школы, найдите класс своего ребенка в первом столбце. В соответствующей строке вы увидите список прививок, необходимых вашему ребенку для посещения школы.

| | дифтерия, столбняк, коклюш | Гепатит В | Вакцина против гемофильной инфекции типа b | корь, паротит, краснуха | пневмококковая конъюгированная вакцина | Полиомиелит | ветряной оспы |
|--|--|-------------|---|-------------------------|---|-------------|---------------|
| | DTaP/Tdap | Hepatitis B | Hib | MMR | PCV | Polio | Varicella |
| Дошкольное учреждение От 19 месяцев до 4 лет на 01.09.2023 г. | 4 дозы АаКДС | 3 дозы | 3 или 4 дозы * (в зависимости от вакцины) | 1 доза | 4 дозы* | 3 дозы | 1 доза** |
| Дошкольное учреждение/детский сад (1–2 года) От 4 лет на 01.09.2023 г. | 5 доз АаКДС * | 3 дозы | 3 или 4 дозы* (в зависимости от вакцины) (Не требуется в возрасте от 5 лет) | 2 дозы | 4 дозы* (Не требуется в возрасте от 5 лет) | 4 дозы* | 2 дозы** |
| С детского сада по 6-й класс | 5 доз АаКДС * | 3 дозы | Не требуется | 2 дозы | Не требуется | 4 дозы* | 2 дозы** |
| Классы с 7-го по 10-й | 5 доз АаКДС* Доп. доза АаКДС-м в возрасте от 10 лет | 3 дозы | Не требуется | 2 дозы | Не требуется | 4 дозы* | 2 дозы** |
| Классы с 11-го по 12-й | 5 доз АКДС* Доп. доза АКДС-м в возрасте от 7 лет | 3 дозы | Не требуется | 2 дозы | Не требуется | 4 дозы* | 2 дозы** |

* Меньшее количество доз вакцин может быть допустимым (это зависит от того, когда были сделаны прививки). ** Допускается также подтверждение факта, что ребенок переболел ветряной оспой, предоставленное врачом.

Чтобы соответствовать школьным требованиям, ученики должны вакцинироваться в установленные временные рамки. Если у вас есть вопросы, проконсультируйтесь со своим лечащим врачом или персоналом школы.

Информация о других важных вакцинах, которые не требуются для посещения школы: www.immunize.org/cdc/schedules.

Чтобы получить этот документ в другом формате, позвоните по номеру 1-800-525-0127.

Если вы страдаете нарушением слуха, обращайтесь по телефону 711 (Washington Relay) или по электронной почте civil.rights@doh.wa.gov.

DOH 348-295 Dec. 2022 Russian



Certificate of Immunization Status (CIS)

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

Заполнять печатными буквами. Инструкции по заполнению и печати формы с помощью системы Washington State Immunization Information System (IIS, Информационная система по иммунизации штата Вашингтон) приведены на обратной стороне листа.

Фамилия ребенка: _____ **Имя:** _____ **Второй инициал:** _____ **Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ)** _____

Я разрешаю школе / дошкольному учреждению, которые посещает мой ребенок, вводить данные об иммунизации в систему Immunization Information System для ведения истории развития ребенка.

Только для лиц с условным допуском. Я понимаю, что моему ребенку предоставлен условный допуск к посещению школы или дошкольного учреждения. Чтобы ребенок мог и дальше посещать школу, мне нужно в установленный срок предоставлять необходимые документы об иммунизации. См. руководство для лиц с условным допуском на обратной стороне листа.

X _____
Подпись родителя/опекуна **Дата**

X _____
Подпись родителя/опекуна необходима, если ребенок изначально допущен условно **Дата**

| | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|---------|
| ▲ Требуется для школы | ДД/ММ/ГГ | ДД/ММ/ГГ | ДД/ММ/ГГ | ДД/ММ/ГГ | ДД/ММ/ГГ | Д/ММ/ГГ |
| ● Требуется для дошкольного учреждения | | | | | | |

Обязательные вакцины для зачисления в школу или дошкольное учреждение

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| ●▲ DTap (АКДС — дифтерия, столбняк, коклюш) | | | | | | |
| ▲ Tdap (КДС — столбняк, дифтерия, коклюш) (7 класс и старше) | | | | | | |
| ●▲ DT или Td (АДС-М — столбняк, дифтерия) | | | | | | |
| ●▲ Hepatitis B (Гепатит В) | | | | | | |
| ● Hib (Hib-вакцина — гемофильная инфекция типа b) | | | | | | |
| ●▲ IPV (ИПВ — полиомиелит) (любое сочетание IPV/OPV) | | | | | | |
| ●▲ OPV (ОПВ — полиомиелит) | | | | | | |
| ●▲ MMR (КПК — корь, паротит, краснуха) | | | | | | |
| ● PCV/PPSV (пневмококковая конъюгированная вакцина / пневмококковая полисахаридная вакцина — пневмококковая инфекция) | | | | | | |
| ●▲ Varicella—Ветряная оспа (ветрянка) <input type="checkbox"/> История болезни, проверенная в системе IIS | | | | | | |

Рекомендованные вакцины (необязательные для допуска к посещению школы или дошкольного учреждения)

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| COVID-19 | | | | | | |
| Flu (Грипп) | | | | | | |
| Hepatitis A (Гепатит А) | | | | | | |
| HPV (ВПЧ — вирус папилломы человека) | | | | | | |
| MCV/MPSV (менингококковая конъюгированная вакцина / менингококковая полисахаридная вакцина — менингококковая инфекция типа A,C,W,Y) | | | | | | |
| MenB (менингококковая инфекция типа В) | | | | | | |
| Rotavirus (Ротавирус) | | | | | | |

Manually completed form must have doctor signature or medically verified immunization documentation attached.

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

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.

I certify that the child named on this CIS has:
 A verified history of varicella (chickenpox) disease.
 Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Rubella | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Varicella |

Polio (all 3 serotypes must show immunity)

Licensed Health Care Provider Signature _____ Date _____

Printed Name _____

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable. Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____
 If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Инструкции по заполнению свидетельства Certificate of Immunization Status (CIS, Свидетельство о состоянии иммунизации). Распечатайте форму из системы Immunization Information System (IIS) или заполните ее вручную.

Чтобы распечатать форму с уже заполненной информацией об иммунизации:

Узнайте, вводит ли ваше медицинское учреждение информацию об иммунизации в систему WA Immunization Information System (единый реестр штата Вашингтон). Если так, попросите распечатать свидетельство CIS из системы IIS, и данные об иммунизации вашего ребенка будут заполнены автоматически. Вы также можете распечатать свидетельство CIS дома, зарегистрировавшись в системе MyIR и войдя в нее на странице <https://wa.myir.net>. Если ваше медицинское учреждение не использует систему IIS, обратитесь по электронной почте или телефону в Department of Health (Управление здравоохранения), чтобы получить копию свидетельства CIS своего ребенка: waiisrecords@doh.wa.gov или 1-866-397-0337.

Чтобы заполнить форму вручную:

1. Напишите печатными буквами имя и дату рождения своего ребенка и поставьте подпись в указанном месте на странице 1.
2. Укажите дату введения каждой вакцины в столбце «Дата» (в формате ДД/ММ/ГГ). Если ребенку введена комбинированная вакцина (один укол, защищающий от нескольких заболеваний), следуйте указаниям приведенного ниже справочного руководства, чтобы правильно записать данные для каждой вакцины. Например, препарат Pediarix следует указать для дифтерии, столбняка и коклюша как «DTaP», вакцину от гепатита В как «Hep B», а от полиомиелита — как «IPV».
3. Если ребенок перенес ветрянку (ветряную оспу), но не был привит, для соответствия требованиям школы врач должен проверить информацию о его заболевании.
 - Если врач может удостовериться, что ребенок перенес ветрянку, попросите его поставить соответствующую галочку в разделе Documentation of Disease Immunity (Документация об иммунитете к заболеваниям) и подписать форму.
 - Если работники школы увидят в системе IIS подтверждение того, что ребенок перенес ветрянку, они поставят галочку напротив ветряной оспы в разделе вакцинации.
4. Положительный результат анализа крови (титр) на антитела у ребенка свидетельствует о наличии у него иммунитета к заболеванию. В этом случае врач должен поставить галочки напротив соответствующих заболеваний в разделе Documentation of Disease Immunity и подписать форму, указав дату. К этому свидетельству CIS необходимо приложить результаты лабораторных анализов.
5. Предоставьте подтверждение записей, заверенных медицинским учреждением, в соответствии с приведенными ниже руководствами.

Приемлемые медицинские записи

Все записи о вакцинации должны быть заверены медицинским учреждением. Например:

- Форма свидетельства Certificate of Immunization Status (CIS), распечатанная из системы Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR или системы IIS другого штата с указанием дат вакцинации.
- Заполненная бумажная копия свидетельства CIS, удостоверенная подписью врача.
- Заполненная бумажная копия свидетельства CIS и приложенная форма с записями о вакцинации из электронной медицинской карты в системе медицинского учреждения, удостоверенные подписью или печатью врача. Директор школы, медсестра или другое уполномоченное лицо должны проверить правильность указания дат в свидетельстве CIS и подписать форму.

Условный допуск

Дети могут быть условно допущены к посещению школы или дошкольного учреждения и пребыванию в них, даже если они не получили все обязательные для этого вакцины. (Между введением доз вакцин в курсе вакцинации существует минимальный интервал, поэтому для завершения соответствующего курса ребенку требуется определенное время. Это значит, что дети могут посещать школу или дошкольное учреждение во время ожидания следующей дозы вакцины.) Для получения условного допуска для ребенка должен быть составлен график вакцинации с учетом всех полагающихся доз вакцин перед началом посещения школы или дошкольного учреждения.

Ученики с условным допуском могут посещать школу в течение минимально допустимого периода ожидания следующей вакцинации и еще 30 дней, отведенных на предоставление документов, подтверждающих ее проведение. Если ученику требуется завершить несколько курсов вакцинации, условный допуск будет продлеваться схожим образом, пока все обязательные вакцины не будут введены.

Если по истечении 30-дневного периода условного допуска документы не будут предоставлены в школу или дошкольное учреждение, ученику будет запрещено их дальнейшее посещение согласно положению RCW 28A.210.120 (раздел 28A.210.120 Свода законов штата Вашингтон с поправками). К приемлемой документации относятся доказательства наличия иммунитета к соответствующему заболеванию, медицинские записи о вакцинации или заполненная форма свидетельства Certificate of Exemption (COE, Свидетельство об освобождении).

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

| Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine | Trade Name | Vaccine |
|------------|---------|------------|---------|------------|-------------|---------------|--------------------|------------|-----------------|
| ActHIB | Hib | Fluarix | Flu | Havrix | Hep A | Menveo | Meningococcal | Rotarix | Rotavirus (RV1) |
| Adacel | Tdap | Flucelvax | Flu | Hiberix | Hib | Pediarix | DTaP + Hep B + IPV | RotaTeq | Rotavirus (PV5) |
| Afluria | Flu | FluLaval | Flu | HibTITER | Hib | PedvaxHIB | Hib | Tenivac | Td |
| Bexsero | MenB | FluMist | Flu | Ipol | IPV | Pentacel | DTaP + Hib + IPV | Trumenba | MenB |
| Boostrix | Tdap | Fluvirin | Flu | Infanrix | DTaP | Pneumovax | PPSV | Twinrix | Hep A + Hep B |
| Cervarix | 2vHPV | Fluzone | Flu | Kinrix | DTaP + IPV | Prevnar | PCV | Vaqta | Hep A |
| Daptacel | DTaP | Gardasil | 4vHPV | Menactra | MCV or MCV4 | ProQuad | MMR + Varicella | Varivax | Varicella |
| Engerix-B | Hep B | Gardasil 9 | 9vHPV | Menomune | MPSV4 | Recombivax HB | Hep B | | |