

Перевірка заяви про проживання

Ім'я студента: _____ Школа: _____ Клас: _____

Адреса: _____ Місто: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Для перевірки місця проживання в межах району необхідно надати ОДИН із документів з наступного списку. Документ повинен бути датований протягом останніх шістдесяти днів із зазначенням імені та адреси батьків/опікунів. (P.O. Номери пошти не приймаються як адреса проживання).

- ☐ Ескроу папери, іпотека або рахунок на оплату
- ☐ Страхова виписка на майно (місто проживання)
- ☐ Договір оренди/оренди з квитанцією про дійсну оренду
- ☐ Рахунок за газ або електроенергію
- ☐ Рахунок за воду
- ☐ Сміттевий рахунок
- ☐ Рахунок за кабельне телебачення та інтернет
- ☐ Телефонний рахунок за земельну лінію за вказаною адресою
- ☐ Інша документація, затверджена школою _____
- ☐ Якщо ви є частиною **програми конфіденційності адресштату Вашингтон**, офіційна документація з адресної програми конфіденційності адреси, в якій йдеться про те, що школа в зоні відвідуваності відповідає вимозі щодо встановлення місця проживання в шкільному окрузі Едмондса. Ви повинні подавати оновлений лист до школи щороку.
- ☐ Перевірка факту проживання з _____. **Необхідно заповнити P-110 Афідевіт форми проживання (P-110 Affidavit of Residency Form), доступна за запитом у школі.**

Якщо ви не можете надати будь-який з перерахованих вище пунктів, будь ласка, зв'яжіться зі школою, щоб обговорити ваші обставини і обговорити наступні кроки.

Будь ласка, перерахуйте нижче імена додаткових студентів за цією адресою, які відвідують школу в шкільному окрузі Едмондс.

Учень: _____ Школа: _____ Дата народження: _____ Клас: _____

Учень: _____ Школа: _____ Дата народження: _____ Клас: _____

Учень: _____ Школа: _____ Дата народження: _____ Клас: _____

Я заявляю, що вищеназвані учні проживають за адресою, вказаною на одному з документів, зазначених вище, і прикріпленими до цього пакету реєстрації. Я повідомлю школу протягом двох тижнів про зміну місця проживання та погоджуюся надати новий доказ проживання та оновлену підписану заяву на той час. **Якщо я переїжджаю за межі шкільного округу, я розумію, що заявка на передачу вибору повинна бути подана та схвалена, щоб продовжувати відвідування школи, перейдіть за цим посиланням <https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest>.**

Фальсифікація будь-якої інформації або документа, необхідного для перевірки місця проживання, або використання адреси іншої особи без фактично проживають там, може призвести до скасування зарахування студента до шкільного округу Едмондса (див. Policy 3131).

Ім'я батька/опікуна: _____ (чітко, друкованими літерами)

Електронна пошта одного з батьків/опікуна: _____

Підпис батьків/опікунів: _____ 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 SchoolChange@edmonds.wednet.edu



Заповнюйте цю форму ТІЛЬКИ в тому випадку, якщо ваша житлова ситуація нестабільна. Якщо ви володієте, орендуєте або орендуєте своє житло, будь ласка, НЕ заповнюйте цю форму.

Відповіді на наступні запитання можуть допомогти визначити послуги, які цей студент може мати право отримати відповідно до Закону Мак-Кінні-Венто 42 U. S. Бл. 11435. Закон Мак-Кінні-Венто надає послуги та підтримку дітям та молоді, які переживають безпритульність. (Для отримання додаткової інформації див. п. зворотний бік.)

Якщо студент проживає в будинку, що належить або орендується батьком або опікуном, вам не потрібно заповнювати цю форму, якщо немає неналежних зручностей (немає води, тепла, електрики тощо). Якщо ви не володієте / не орендуєте власне житло, будь ласка, перевірте все, що стосується нижче. Якщо ви не володієте / не орендуєте власне житло, будь ласка, позначте все, що стосується нижче:

- | | |
|---|---|
| ☐ У мотелі/готелі | ☐ Автомобіль, парковка, кемпінг або подібне місце |
| ☐ В укрітті (короткострокові/довгострокові) | ☐ Тимчасове житло |
| ☐ Переїзд з місця на місце/перебування з друзями | ☐ Інше _____ |
| ☐ У чиємусь домі чи квартирі з іншою особою/сім'єю | |
| ☐ У помешканні з недостатніми зручностями (без води, тепла, електрики тощо) | |

Ім'я студента (прізвище, ім'я)	Школа	Клас	Дата народження	Вік

Інші студенти: _____

- ☐ Учень не супроводжується (не проживає з батьком або законним опікуном)
☐ Учень не супроводжується (не проживає з батьком або законним опікуном)
☐ Учень знаходиться в прийомній сім'ї

АДРЕСА ПОТОЧНОГО МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ: _____

Чи потрібен транспорт учню до/зі школи: ☐ Так ☐ Ні

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ АБО КОНТАКТНИЙ НОМЕР: _____

ІМ'Я КОНТАКТНОЇ ОСОБИ: _____

Напишіть друкованими літерами ім'я батьків / законних опікунів: _____
(Або молодь без супроводу)

*Підпис батьків/законних опікунів: _____ Дата: _____
(Або молодь без супроводу)

☐ Згадані вище учні мають молодших братів і сестер / дітей (ще не шкільного віку), які потребують скринінгу розвитку, підтримки громади або направлення до служб раннього дитинства.

Будь ласка, поверніть заповнену форму до своєї школи. Школа надішле цю форму до офісу Районний

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 МакКіні-Венто 42 U.S.C. 11435
РОЗДІЛ 725. ВИЗНАЧЕННЯ

В цьому документі:

(1) Термін «зарахувати» та «зарахування» включає відвідування занять та участі у шкільних заходах в повному обсязі.

(2) Термін «бездомні діти або підлітки» —

(А) означає осіб, які не мають постійного, регулярного та відповідного місця ночівлі (в рамках визначення, наведеного в розділі 103(a)(1)); та

(В) включає —

(i) дітей та підлітків, які проживають в оселі інших осіб через втрату помешкання, економічні труднощі або з інших подібних причин; проживають в мотелях, готелях, трейлерних парках або на кемпінгах через відсутність іншого достатнього помешкання; проживають в аварійних або тимчасових укриттях; покинуті в лікарнях; або чекають на опікунів;

(ii) дітей та підлітків, які у якості основного місця ночівлі використовують громадські або приватні місця, що не призначені або зазвичай не використовуються для розміщення та ночівлі людей (згідно з визначенням, наведеним у розділі 103(a)(2)(C));

(iii) дітей та підлітків, що проживають у машинах, парках, громадських місцях, покинутих будівлях, несприятливих житлових умовах, на автобусних або залізничних вокзалах або у подібних установах; та

(iv) дітей-мігрантів (визначення цього терміна наведено в розділі 1309 закону про початкову та середню освіту 1965 року), які відносяться до бездомних в цьому документі через те, що ці діти мешкають в умовах, описаних в пунктах від (i) до (iii).

(6) Термін «безпритульний підліток» включає підлітків, які не мають фізичної опіки з боку батьків або опікунів.

ДОДАТКОВІ ДЖЕРЕЛА

Інформацію для батьків та додаткові джерела можна знайти за наступними посиланнями

<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

Метою надсилання цього листа є збір інформації про студентів, яким необхідна особлива увага за станом здоров'я. Будь ласка, заповніть форму «Реєстрація стану здоров'я студента – HS 534», незалежно від того, чи є у вашого студента медичні потреби, які можуть вимагати щоденного чи екстреного догляду, щоб зберегти його здоров'я та безпеку. Як батькам/опікунам важливо знати, що вимагає закон, перш ніж ваш учень зможе почати школу.

Хронічні проблеми зі здоров'ям

- Якщо у вашої дитини є небезпечний для життя стан, який може поставити учня під загрозу смерті протягом навчального дня, якщо ліки або лікування не будуть доступні, будь ласка, повідомте шкільну медсестру.
- Учні із захворюваннями, які наражають їх на ризик, повинні мати ліки, рецепт від лікаря і план надання медичної допомоги в школі, який має бути підготовлений до початку навчання.
- Обов'язково повідомляйте про зміни, що відбуваються впродовж навчального року: у контактних номерах або в стані здоров'я вашого учня (згідно RCW 28.A.210.320).

Застосування ліків

- Ліки необхідно надсилати в оригінальній упаковці, якщо це ліки, що відпускаються без рецепта.
- Якщо це прописані лікарем ліки, контейнер має бути належним чином маркований і перебувати в оригінальній упаковці.
- Будь ласка, перевірте термін придатності. Персонал школи не має права давати прострочені ліки.
- Для будь-яких ліків, які дають у школі, потрібна форма згоди на прийом ліків. **Підписи від батька/опікуна ТА лікаря/клініки учня необхідні для БУДЬ-ЯКИХ ліків, які мають бути надані в школі. Це стосується рецептурних і безрецептурних ліків.**
- Приймаються факсові згоди від батьків та/або лікарів.

Політику Edmonds щодо ліків можна переглянути на веб-сайті шкільного округу Edmonds у розділі «Політика та процедури шкільної ради».

Якщо у вас виникли запитання чи сумніви, звертайтеся до шкільної медсестри.

З повагою,
Команда медичних працівників

Школа: _____

Очікувана дата початку: _____

Ім'я студента	Дата народження	Стать	Гендерна ідентичність	Клас
Ім'я батька/опікуна	Телефон	Електронна пошта		
Ім'я доктора, чи постачальника медичних послуг Телефон		Ім'я стоматолога Телефон		

Увага: Школа повинна знати про **небезпечні для життя захворювання** (такі як важка алергія, астма, діабет, судоми або інші стани ризику). Для цього потрібен план невідкладної допомоги у разі стану, що загрожує життю, і будь-які необхідні ліки, витратні матеріали та рецепти від лікаря, які мають бути підготовлені перш, ніж ваш учень почне відвідувати школу (згідно з RCW 28A. 210.320).

МЕДИЧНА ІСТОРІЯ - Підпис потрібен на сторінці 2

Чи є медичне страхування ☐ Так ☐ Ні

☐ **Немає жодних діагностованих захворювань**
Небезпечні для життя стани: план медичного догляду обов'язковий

- EG** ☐ Анафілаксія (епі-пен прописаний)
EK ☐ Діабет 1 тип
NP ☐ Судоми/Падуча (необхідні екстрені ліки)
RG ☐ астма - важка форма

Вроджені / Генетичні

- АН** ☐ Синдром Дауна
AJ ☐ Фетальний алкогольний синдром
 (Fetal Alcohol Spectrum Disorder)

Кров / Гематологія

- BA** ☐ Анемія
BB ☐ Гемофілія
BC ☐ Ознаки серповидно-клітинної анемії
OJ ☐ Історія важких носових кровотеч

Серцево-судинні захворювання / Серце

- CC** ☐ Вроджена вада серця
CD ☐ Шуми в серці

Алергія, імунна, ендокринна, метаболічна та травна системи

- ED** ☐ Алергія - Харчова
EE ☐ Алергія - Комахи
☐ Алергія - Інша
EL ☐ Діабет 2 типу

Шлунково-кишкові, стоматологічні та захворювання порожнини рота

- GA** ☐ Целиакія
GG ☐ Харчова непереносимість. Вкажіть яка: _____
GL ☐ Непереносимість лактози
GF ☐ Енкопрез
GO ☐ Хронічні запори
GH ☐ Гастроезофагеальний рефлюкс
GJ ☐ Запальні захворювання кишечника
GK ☐ Синдром подразненого кишечника
☐ Стоматологічні / захворювання порожнини рота

Опорно-руховий апарат

- MC** ☐ Ювенільний ревматоїдний/ ідіопатичний артрит

Нервова система

- NB** ☐ Діагностовано СДУГ
NC ☐ Розлади аутистичного спектра
NE ☐ Церебральний параліч
NF ☐ Порушення розвитку
NH ☐ Мігрені
NI ☐ Головні болі, повторювані
NP ☐ Судомний розлад ☐ Сучасний ☐ В анамнезі
NU ☐ Черепно-мозкова травма

Трансплантації

- OD** ☐ Вкажіть орган: _____

Психічне або поведінкове здоров'я

- PA** ☐ Тривога
PC ☐ Депресія
PH ☐ Розлад сну

Дихальні шляхи / Дихання

- RG** ☐ Астма – Сучасна
RH ☐ Астма - коли-небудь діагностована
RA ☐ Астма – спричинена фізичним навантаженням
RE ☐ Реактивні захворювання дихальних шляхів

Шкіра

- SB** ☐ Екзема / Контактний дерматит / Псоріаз

Нирки

- Будь ласка, вкажіть: _____

Вухо / Слух

- YA** ☐ Хронічна вушна інфекція ☐ Сучасна ☐ В анамнезі
YB ☐ Порушення слуху - кохлеарний імплант або слуховий апарат

ОКО / Зір

- YF** ☐ Носить окуляри / контактні лінзи
YE ☐ Дефіцит кольорового зору
YD ☐ порушення зору

ІНШІ СТАНИ: _____

Ліки / лікування в школі ☐ Ні ☐ Так (потрібен письмовий дозвіл, підписаний лікарем)

☐ Заповніть необхідні документи для прийому ліків у школі

Ліки вдома ☐ Ні ☐ Так Будь ласка, вкажіть: _____

АЛЕРГІЇ

Що викликає алергічні реакції? _____

Дата останньої алергічної реакції: _____

Алергічна реакція:

☐ Кропив'янка ☐ набряк губ, рота, язика, горла ☐ Утруднене дихання ☐ Нудота, спазми шлунка, блювота, діарея

Чи була потрібна невідкладна допомога? ☐ Ні ☐ Так (Поясніть, будь ласка) _____

Чи проходив ваш студент тест на алергію? ☐ Ні ☐ так (де і коли?) _____

Ліки від алергії:

Назва	Доза	Частота застосування

АСТМА

Що викликає симптоми астми? ☐ Респіраторна інфекція ☐ Пилок /Цвіль ☐ Фізичні вправи ☐ Погода /Температура ☐ Тварин ☐ Дим

☐ Погана якість повітря ☐ Сильні запахи / парфуми

Дата постановки діагнозу: _____ Лікар, який поставив діагноз: _____

Ліки від астми:

Назва	Доза	Частота застосування

Чи використовує ваш учень спейсер/аерокамеру зі своїм інгалятором? ☐ Ні ☐ Так

Чи потребував ваш учень пероральних стероїдів (тобто преднізолону)? ☐ Ні ☐ Так (Коли?) _____

Чи був ваш студент госпіталізований через астму? ☐ Ні ☐ Так (будь ласка, поясніть) _____

ДІАБЕТ

Дата постановки діагнозу: _____ Ліки ☐ пероральні _____ ☐ Інсулін (тип) _____

Обладнання ☐ інсулінова ручка ☐ Інсулінова помпа (тип) _____

☐ CGM пристрій безперервного моніторингу глюкози (тип)) _____

Чи може ваш учень самостійно перевірити свій рівень глюкози в крові? ☐ Ні ☐ Так

Чи може ваш студент самостійно рахувати вуглеводи? ☐ Ні ☐ Так

Чи може ваш учень самостійно розрахувати власні дози інсуліну? ☐ Ні ☐ Так

Чи може ваш студент самостійно вводити інсулін? ☐ Ні ☐ Так

СУДОМИ

Дата першого судомного нападу: _____ Дата останнього нападу: _____

Частота судомної активності: ☐ Один випадок ☐ Щоденно ☐ Щотижнево ☐ Щомісяця ☐ Щорічно

Тип судом: _____

Ліки від судом:

Назва	Доза	Частота застосування

Чи був у вашого студента напад, який потребував невідкладної допомоги / ліків? ☐ Ні ☐ Так Коли? _____

Поясніть, будь ласка: _____

Медичні пристрої OLA ☐ Стимулятор блукаючого нерва OLB ☐ Імплантований кардіовертерний дефібрилятор OLC ☐ Кардіостимулятор OLD ☐ Гастростомічна трубка OLE ☐ Шлунково-кишковий зонд ☐ Скоба ☐ Протези - вкажіть: _____ ☐ Інші медичні пристрої: _____	Стома OKA ☐ Гастростомія OKB ☐ Колостомія OKD ☐ Трахеостомія OKE ☐ Уростомія OK ☐ Інші: _____	Фізична активність/ Мобільність ☐ Інвалідна коляска ☐ Милиці ☐ Інші - вкажіть: _____
--	--	---

Підпис одного з батьків/опікуна _____ Дата _____

До: батьків учнів шкільного округу Едмондс
Звідки: Відділ студентських медичних послуг

Вимоги до зарахування до школи відповідно до законодавства штату Вашингтон (RCW 28A.210.080)

Заповнена заява про стан імунізації (Certificate of Immunization Status (CIS)). Це може бути одне з наступного:

- Сертифікат, роздрукований з системи [MyIR](#) встановлений Департаментом охорони здоров'я штату Вашингтон або з іншого штату.
- Фізична копія довідки CIS з підписом лікаря (медичного закладу).
- Фізична копія довідки CIS з супровідними медичними записами про імунізацію від лікаря, перевіреними та підписаними працівниками школи.

АБО

- Повідомлення, принесене до школи, вказує на те, що почалася серія щеплень, і що це буде завершено відповідно до рекомендацій вашого медичного працівника. Щеплення доступні у вашого приватного медичного працівника або ви можете отримати вакцини в громадському центрі охорони здоров'я округу Сногоміш (Community Health Center of Snohomish County) at www.chcsno.org Умовний статус буде надано учням лише в тому випадку, якщо вони розпочали серію обов'язкових щеплень, які вони зобов'язані отримати. В качестве требования для посещения школы все серии иммунизации должны быть завершены или начаты. Медичну довідку такого статусу необхідно надати в навчальний заклад не пізніше першого дня візиту.

АБО

- Заповнити довідку про звільнення--**Certificate of Exemption (C.O.E.)** крім сертифікації імунізації. Ліцензований постачальник медичних послуг повинен підписати Свідоцтво про звільнення батьків або опікунів, щоб звільнити свою дитину від вимог шкільної імунізації. Підпис підтверджує, що лікар розмовляв з батьком або опікуном про користь і ризики імунізації. Батьки або опікуни також можуть надати підписаний лист від медичного працівника з такою ж інформацією. Якщо в школі є спалах хвороби, якій можна запобігти за допомогою вакцини, від якої ваш учень був звільнений, ваш учень буде виключений зі школи на час спалаху.

Усі учні, які навчаються в державній школі, повинні дотримуватися правил імунізації, навіть якщо вони беруть участь в альтернативній шкільній чи районній програмі, включаючи програми домашнього навчання, професійну освіту, програму коледжу Running Start та будь-яку програму віртуальної школи.

Усі учні повинні будуть мати заповнений Сертифікат про статус імунізації (СНД) та / або Свідоцтво про звільнення (СОЕ), що зберігається в школі для участі в навчанні та заходах.

Найкращий спосіб отримати сертифікат про імунізацію вашої дитини - це роздрукувати його зі сторінки MyIR. [Створіть облікову картку тут -- Обліковий запис MyIR \(Департамент штату Вашингтон. здоров'я\).](#)

Доступ до інформації про імунізацію вашої родини

Варіант 1: зареєструйтеся в MyIR Mobile на MyIRmobile.com, щоб переглядати та роздруковувати інформацію про імунізацію вашої родини, включно з вакцинацією проти COVID.

Варіант 2: відвідайте місцеву аптеку, клініку чи школу

Варіант 3: вимагайте повну картку імунізації від свого медичного працівника

Варіант 4: Вимагайте повну картку імунізації в Департаменті охорони здоров'я

Потім завантажити та роздрукувати сертифікат про імунізацію.

Батьки, чи готові ваші діти до школи?

Обов'язкові щеплення на 2024/2025 н. р.



Інструкції: знайдіть клас вашої дитини в першому стовпчику, щоб подивитися, які щеплення необхідні для відвідування школи. У відповідному рядку вказана кількість доз вакцини, необхідна вашій дитині для вступу до школи.

	дифтерія, правець, кашлюк	Гепатит В	Гемофільна інфекція типу b	кір, паротит, краснуха	пневмококова кон'югована вакцина	Поліомієліт	Вітряна віспа (вітрянка)
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Дошкільна освіта Від 19 місяців до 4 років на дату 01.09.2024 р.	4 дози DTaP	3 дози	3 або 4 дози* (залежно від вакцини)	1 доза	4 дози*	3 doses	1 доза**
Дошкільна/перехідна освіта Дитячий садок Від 4 років на дату 01.09.2024 р.	5 доз DTaP*	3 дози	3 або 4 дози* (залежно від вакцини) (не є обов'язковою для дітей віком від 5 років)	2 дози	4 дози* (не є обов'язковою для дітей віком від 5 років)	4 дози*	2 дози**
Від дитячого садочка до 6 класу	5 доз DTaP*	3 дози	Не є обов'язковою	2 дози	Не є обов'язковою	4 дози*	2 дози**
Від 7 до 11 класу	5 доз DTaP* / додатково Tdap у віці від 10 років	3 дози	Не є обов'язковою	2 дози	Не є обов'язковою	4 дози*	2 дози**
12 класу	5 доз DTaP* / додатково Tdap у віці від 7 років	3 дози	Не є обов'язковою	2 дози	Не є обов'язковою	4 дози*	2 дози**

* Можливе щеплення меншою кількістю доз, ніж зазначено, залежно від того, коли проходила вакцинація. ** Також допускається перевірка сімейним лікарем історії захворювання на вітряну віспу. Щоб відповідати вимогам школи, учні повинні отримувати щеплення в установлені проміжки часу. Якщо у вас виникли питання, проконсультуйтеся зі своїм сімейним лікарем або персоналом школи. Інформацію про інші важливі вакцини, які не є обов'язковими для відвідування школи, можна знайти на сайті: www.immunize.org/cdc/schedules.

Щоб отримати цей документ в іншому форматі, зателефонуйте за номером 1-800-525-0127. Клієнтів із глухотою або з ослабленим слухом просимо телефонувати за номером 711 (Washington Relay) або писати на адресу електронної пошти doh.information@doh.wa.gov.

DOH 348-295 Dec. 2023 Ukrainian





Certificate of Immunization Status (CIS)

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

Потрібно заповнювати друкованими літерами. Інструкції щодо заповнення та друку цієї форми свідоцтва про стан імунізації (CIS) за допомогою системи Washington State Immunization Information System (IIS, Інформаційна система з імунізації штату Вашингтон) див. на зворотній стороні цього документа.

Прізвище дитини:		Ім'я дитини:		Ініціал імені по батькові:		Дата народження (ДД.ММ.РРРР)	
Я дозволяю школі/дошкільному освітньому закладу моєї дитини вводити дані про імунізацію в систему Immunization Information System для ведення медичних записів моєї дитини.				Лише для осіб з умовним допуском. Я усвідомлюю, що мою дитину умовно допущено до школи/дошкільного освітнього закладу. Щоб дитина могла надалі відвідувати навчальний заклад, мені потрібно у визначений термін надати документи про імунізацію. Вказівки щодо умовного допуску див. на зворотній стороні цього документа.			
X _____ Підпис одного з батьків або опікуна		_____ Дата		X _____ Підпис одного з батьків або опікуна необхідний, якщо спочатку дитину допущено умовно		_____ Дата	
☐ Необхідно для школи ☐ Необхідно для дошкільного освітнього закладу		ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР	ДД.ММ.РР
Обов'язкові вакцини для допуску до школи або дошкільного освітнього закладу							
☐ DTaP (дифтерія, правець, кашлюк)							
☐ Tdap (правець, дифтерія, кашлюк) (7 клас і старше)							
☐ DT або Td (правець, дифтерія)							
☐ Hepatitis B (Гепатит B)							
☐ Hib (гемофільна інфекція типу b)							
☐ IPV (ІПВ, поліомієліт) (будь-яка комбінація IPV/OPV)							
☐ OPV (ОПВ, поліомієліт)							
☐ MMR (КПК або «кір, паротит, краснуха»)							
☐ PCV/PPSV (пневмококова кон'югована вакцина / пневмококова полісахаридна вакцина) (пневмонія)							
☐ Varicella (Вітряна віспа (вітрянка) ☐ Історія хвороби, підтверджена в системі IIS							
Рекомендовані вакцини (необов'язкові для допуску до школи або дошкільного освітнього закладу)							
COVID-19							
Flu (Грип)							
Hepatitis A (Гепатит A)							
HPV (ВПЛ, вірус папіломи людини)							
MCV/MPSV (менінгококова кон'югована вакцина / менінгококова полісахаридна вакцина) (менінгококова інфекція типів A, C, W, Y)							
MenB (менінгококова інфекція типу B)							
Rotavirus (Ротавірус)							
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.							
☐ Diphtheria		☐ Hepatitis A		☐ Hepatitis B			
☐ Hib		☐ Measles		☐ Mumps			
☐ Rubella		☐ Tetanus		☐ 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.
---	---

Інструкції щодо заповнення свідоцтва Certificate of Immunization Status (CIS, свідоцтво про стан імунізації). Роздрукуйте форму із системи Immunization Information System (IIS) або заповніть її вручну.

Щоб роздрукувати форму із заповненою інформацією про імунізацію, виконайте наведені нижче дії.

Дізнайтеся, чи вводить ваш медичний заклад дані про імунізацію в систему WA Immunization Information System (реєстр штату Вашингтон). Якщо так, попросіть роздрукувати свідоцтво CIS із системи IIS, і дані щодо імунізації дитини буде заповнено автоматично. Ви також можете роздрукувати свідоцтво CIS удома, зареєструвавшись у системі MyIR і ввійшовши в неї на сторінці <https://wa.myir.net>. Якщо медичний заклад не використовує систему IIS, зверніться за адресою електронної пошти або зателефонуйте до Department of Health (Управління охорони здоров'я), щоб отримати копію свідоцтва CIS своєї дитини: waiisrecords@doh.wa.gov або 1-866-397-0337.

Щоб заповнити форму вручну:

1. Напишіть друкованими літерами ім'я й дату народження своєї дитини та поставте підпис у вказаному місці на сторінці.
2. Укажіть дату введення кожної вакцини в стовпці дати (у форматі ДД.ММ.РР). Якщо дитина отримує комбіновану вакцину (одна доза, що захищає від кількох захворювань), дотримуйтеся вказівок наведеного нижче довідкового посібника, щоб правильно записати кожну вакцину. Наприклад, препарат Pediarix слід указати для дифтерії, правця й кашлюку як «DTaP», вакцину від гепатиту В як «Hep B», а від поліомієліту – як «IPV».
3. Якщо дитина перенесла вітрянку (вітряну віслю), однак їй не робили щеплення, лікар має перевірити факт захворювання для відповідності вимогам школи.
 - ☐ Якщо лікар може підтвердити, що дитина хворіла на вітрянку, попросіть його поставити відповідний прапорець у розділі Documentation of Disease Immunity (Документація щодо імунітету до захворювань) і підписати форму.
 - ☐ Якщо працівники школи побачать у системі IIS підтвердження того, що дитина хворіла на вітрянку, вони поставлять прапорець під вітряною віспою в розділі вакцин.
4. Якщо дитина демонструє позитивний імунітет за результатами аналізу крові (титру), лікар повинен поставити прапорці біля відповідних захворювань у розділі Documentation of Disease Immunity та підписати форму, указавши дату. До цього свідоцтва CIS потрібно додати результати лабораторних аналізів.
5. Надайте підтвердження записів, завірених медичним закладом, відповідно до наведених нижче вказівок.

Припустимі медичні записи

Усі записи про вакцинацію мають бути завірени медичним закладом. Наприклад:

- Форма свідоцтва Certificate of Immunization Status (CIS), роздрукована з датами вакцинації із системи Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR або системи IIS іншого штату.
- Заповнений паперовий примірник свідоцтва CIS, засвідчений підписом лікаря.
- Заповнений паперовий примірник свідоцтва CIS і додані записи про вакцинацію з електронної картки в системі медичного закладу, засвідчені підписом або печаткою лікаря. Директор, медсестра або інша вповноважена особа школи повинні перевірити, чи правильно у свідоцтві CIS зазначено дати, і підписати форму.

Умовний допуск

Діти можуть умовно допускатися до школи або дошкільного освітнього закладу, якщо вони не пройшли всю необхідну для такого допуску вакцинацію. (Між дозами в курсі вакцинації існують мінімальні проміжки, тож деяким дітям може бути потрібно зачекати певний час, перш ніж вони зможуть завершити відповідний курс вакцинації. Це означає, що вони можуть бути умовно допущені до школи або дошкільного освітнього закладу під час очікування наступної обов'язкової дози вакцини.) Для умовного допуску до школи або дошкільного освітнього закладу дитині має бути призначено всі передбачені дози вакцин, перш ніж вона почне відвідувати школу або дошкільний освітній заклад.

Учні з умовним допуском можуть залишатись у школі протягом часу очікування мінімальної припустимої дати наступного введення вакцини та ще 30 днів, відведених для надання документів про вакцинацію. Якщо учню потрібно завершити кілька курсів вакцинації, умовний допуск подовжується схожим чином, доки всі обов'язкові вакцини не буде зроблено.

Якщо після 30-денного періоду умовного допуску документи не буде надано школі або дошкільному освітньому закладу, учню буде заборонено надалі відвідувати їх відповідно до положення RCW 28A.210.120 (розділ 28A.210.120 Зведення законів штату Вашингтон із поправками). Допустимими документами вважаються докази наявності імунітету до відповідного захворювання, медичні записи про вакцинацію або заповнена форма свідоцтва Certificate of Exemption (COE, свідоцтво про звільнення).

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		

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).

DOH 348-013 June 2021