



**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, перейдите по этой ссылке <https://eds.ospi.k12.wa.us/ChoicetransferRequest>.**

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: \_\_\_\_\_ Электронная почта родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

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 [SchoolChange@edmonds.wednet.edu](mailto:SchoolChange@edmonds.wednet.edu)



**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:

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

| 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

- |                                        |                                         |                                               |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="radio"/> (N) Not Homeless | <input type="radio"/> (A) Shelters      | <input type="radio"/> (B) Doubled-Up          |
| <input type="radio"/> (C) Unsheltered  | <input type="radio"/> (D) Hotels/Motels | <input type="radio"/> (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(a)(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 предназначенное для постоянного проживания людей (в рамках определения, приведенного в разделе 103(a)(2)(C));

(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 состояния здоровья студента - HS 534», независимо от того, есть ли у вашего ребенка состояние здоровья, требующее ежедневной или неотложной помощи, чтобы мы смогли поддерживать его здоровье и безопасность. Как родители / опекуны, вы должны знать, что требуется по закону, прежде чем ваш ребенок сможет начать обучение в школе.

### **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 доступны, пожалуйста, сообщите об этом школьной медсестре.
- Школьники с заболеваниями, которые подвергают их риску, должны иметь лекарства, рецепт от врача и план предоставления медицинской помощи в школе, который должен быть подготовлен до начала обучения.
- Обязательно сообщайте об изменениях, происходящих в течение учебного года: в контактных номерах либо в состоянии здоровья вашего ученика (согласно статье RCW 28.A.210.320).

### **Назначение лекарств**

- Лекарство должно быть предоставлено в оригинальном контейнере, если это безрецептурное лекарство.
- Если это прописанное врачом лекарство, контейнер должен быть должным образом маркирован и находиться в оригинальной упаковке.
- Пожалуйста, проверяйте сроки годности. Школьному персоналу не разрешается давать ученику просроченные лекарства.
- Для любого лекарства, даваемого в школе, требуется форма согласия. **Подписи от родителя/опекуна И доктора/клиники учащегося необходимы для ЛЮБОГО лекарства, которое должно быть дано в школе. Это относится к рецептурным и безрецептурным лекарствам.**
- Согласие родителей и/или врачей отправленные по факсу является приемлемым.

С политикой Эдмондса в отношении лекарств 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



Школа: \_\_\_\_\_

Ожидаемая дата начала: \_\_\_\_\_

|                      |                            |                   |                        |       |
|----------------------|----------------------------|-------------------|------------------------|-------|
| Имя студента         | Дата рождения              | Пол               | Гендерная идентичность | Класс |
| Имя родителя/опекуна | Телефон                    | Электронная почта |                        |       |
| Имя врача<br>Телефон | Имя стоматолога<br>Телефон |                   |                        |       |

**ВНИМАНИЕ:** Школа должна знать об **УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ** состояниях (таких как тяжелая аллергия, астма, диабет, судороги или другие состояния риска). Для этого требуется план неотложной помощи при состоянии, угрожающем жизни, и любые необходимые лекарства, расходные материалы и рецепты от врача, которые должны быть подготовлены прежде, чем ваш ученик начнет посещать школу (согласно RCW 28A. 210.320).

**МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ – Подпись требуется на странице 2** Медицинская страховка ☐ Да ☐ Нет

☐ **Нет никаких диагностированных заболеваний**

**Опасные для жизни состояния: план медицинского ухода обязателен**

- EG ☐ Анафилаксия (эпи-пен назначен)  
 EK ☐ Диабет 1 типа  
 NP ☐ Судороги (экстренные лекарства обязательны)  
 RG ☐ Астма - тяжелая форма

**Врожденные / Генетические**

- AH ☐ синдром Дауна  
 AJ ☐ Фетальный алкогольный синдром

**Кровь / Гематология**

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

**Сердце / Сердце**

- CC ☐ Врожденный порок сердца  
 CD ☐ Шумы в сердце

**Аллергия, иммунная, эндокринная, метаболическая и пищевая системы**

- ED ☐ Аллергия – Пищевая  
 EE ☐ Аллергия - Насекомое  
☐ Аллергия Другая  
 EL ☐ Диабет 2 типа

**Желудочно-кишечные, стоматологические и заболевания полости рта**

- GA ☐ Целиакия  
 GG ☐ Пищевая непереносимость. Укажите, какая: \_\_\_\_\_  
 GL ☐ Непереносимость лактозы  
 GF ☐ Энкопрез  
 GO ☐ Хронический запор  
 GH ☐ Гастроэзофагеальный рефлюкс  
 GJ ☐ Воспалительное заболевание кишечника  
 GK ☐ Синдром раздраженного кишечника  
☐ Стоматологические / заболевания полости рта

**Опорно-двигательный аппарат**

- MC ☐ Ювенильный ревматоидный / идиопатический артрит

**Нервная система**

- NB ☐ Диагностирован СДВГ  
 NC ☐ Расстройства аутистического спектра  
 NE ☐ Церебральный паралич  
 NF ☐ нарушения развития  
 NH ☐ Мигрень  
 NI ☐ Головные боли, повторяющиеся  
 NP ☐ Судорожное расстройство ☐ Текущее ☐ В анамнезе  
 NU ☐ Черепно-мозговая травма

**Пересаживать**

- OD ☐ Укажите орган: \_\_\_\_\_

**Психическое или поведенческое здоровье**

- PA ☐ Тревога  
 PC ☐ Депрессия  
 PH ☐ Расстройство сна

**Дыхательные пути / Легкие**

- RG ☐ Астма – текущая  
 RH ☐ Астма – когда-либо диагностированная  
 RA ☐ Астма – индуцированная физической нагрузкой  
 RE ☐ Реактивные заболевания дыхательных путей

**Кожа**

- SB ☐ Экзема / Контактный дерматит / Псориаз

**Почечные**

- Пожалуйста, укажите: \_\_\_\_\_

**Ухо / Слух**

- YA ☐ Хроническая ушная инфекция  
☐ Текущая ☐ В анамнезе  
 YB ☐ нарушениями слуха – кохлеарный имплант или слуховой аппарат

**ГЛАЗ / Зрение**

- YF ☐ Носит очки / контактные линзы  
 YE ☐ дефицит цветового зрения  
 YD ☐ нарушения зрения

**ДРУГИЕ УСЛОВИЯ:** \_\_\_\_\_

**Лекарства / лечение в школе** ☐ Нет ☐ Да (требуется письменное разрешение, подписанное врачом)

☐ Заполните необходимые документы для приема лекарств в школе

Лекарства дома ☐ Нет ☐ Да Пожалуйста, перечислите: \_\_\_\_\_

АЛЛЕРГИИ

Что вызывает аллергические реакции? \_\_\_\_\_

Дата последней аллергической реакции: \_\_\_\_\_

Аллергическая Реакция:

- ☐ Крапивница   ☐ Отек губ, рта, языка, горла   ☐ Затрудненное дыхание   ☐ Тошнота, спазмы желудка, рвота, диарея
- Требовалась ли неотложная помощь?   ☐ Нет   ☐ Да (Пожалуйста, объясните) \_\_\_\_\_
- Проходил ли ваш студент тест на аллергию?   ☐ Нет   ☐ Да (Где и когда?) \_\_\_\_\_

Лекарства от аллергии:

| Название | Доза | Частота применения |
|----------|------|--------------------|
|          |      |                    |
|          |      |                    |

АСТМА

- Что вызывает симптомы астмы?   ☐ Респираторная инфекция   ☐ Пыльца / Плесень   ☐ Физические упражнения   ☐ Погода / Температура
- ☐ Животные   ☐ Дым   ☐ Плохое качество воздуха   ☐ Сильные запахи / Духи

Дата постановки диагноза: \_\_\_\_\_    Врач, который поставил диагноз: \_\_\_\_\_

Лекарства от астмы:

| Название | Доза | Частота применения |
|----------|------|--------------------|
|          |      |                    |
|          |      |                    |

- Использует ли ваш ученик спейсер/аэрокамеру со своим ингалятором?   ☐ Нет   ☐ Да
- Нуждался ли ваш ученик в пероральных стероидах (т.е. преднизолоне)?   ☐ Нет   ☐ Да (Когда?) \_\_\_\_\_
- Был ли ваш студент госпитализирован из-за астмы?   ☐ Нет   ☐ Да (пожалуйста, объясните) \_\_\_\_\_

ДИАБЕТ

Дата диагноза: \_\_\_\_\_    Лекарства   ☐ Пероральные \_\_\_\_\_   ☐ Инсулин (тип) \_\_\_\_\_

Оборудование   ☐ Инсулиновая ручка   ☐ Инсулиновая помпа (тип) \_\_\_\_\_

☐ CGM (устройство непрерывного мониторинга глюкозы) (тип) \_\_\_\_\_

- Может ли ваш ученик самостоятельно проверить свой 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

СУДОРОГИ

Дата первого судорожного припадка: \_\_\_\_\_    Дата последнего припадка: \_\_\_\_\_

Частота судорожной активности:   ☐ один раз   ☐ ежедневно   ☐ еженедельно   ☐ ежемесячно   ☐ ежегодно

Тип судорог: \_\_\_\_\_

Лекарства от судорог :

| Название | Доза | Частота применения |
|----------|------|--------------------|
|          |      |                    |
|          |      |                    |

Был ли у вашего студента приступ, который потребовал неотложной помощи / лекарств?   ☐ Нет   ☐ Да    Когда? \_\_\_\_\_

Пожалуйста, объясните: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Медицинские устройства</b><br><input type="checkbox"/> OLA <input type="checkbox"/> Сtimулятор блуждающего нерва<br><input type="checkbox"/> OLB <input type="checkbox"/> Имплантируемый кардиовертерный дефибриллятор<br><input type="checkbox"/> OLC <input type="checkbox"/> Кардиостимулятор<br><input type="checkbox"/> OLD <input type="checkbox"/> Гастростомическая трубка<br><input type="checkbox"/> OLE <input type="checkbox"/> Желудочно-кишечный зонд<br><input type="checkbox"/> Скоба<br><input type="checkbox"/> Протезы – укажите: _____<br><input type="checkbox"/> Другие медицинские устройства: _____ | <b>Устьице</b><br><input type="checkbox"/> OKA <input type="checkbox"/> Гастростомия<br><input type="checkbox"/> OKB <input type="checkbox"/> Колостомия<br><input type="checkbox"/> OKD <input type="checkbox"/> Трахеостомия<br><input type="checkbox"/> OKE <input type="checkbox"/> Уростомия<br><input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Другие: _____ | <b>Физическая активность/ Мобильность</b><br><input type="checkbox"/> Инвалидная коляска<br><input type="checkbox"/> Костыли<br><input type="checkbox"/> Другие – укажите: _____ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_    Дата \_\_\_\_\_



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](http://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.

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.**

---

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

Получите доступ к информации о иммунизации вашей семьи

Вариант 1. Зарегистрируйтесь в MyIR Mobile на [MyIRmobile.com](http://MyIRmobile.com), чтобы просмотреть и распечатать информацию о прививках вашей семьи, включая вакцинацию от COVID.

Вариант 2. Посетите местную аптеку, клинику или школу.

Вариант 3: запросите полную информацию о прививках у своего поставщика медицинских услуг.

Вариант 4: Запросите полную информацию о прививках в Министерстве здравоохранения.

Загрузите и распечатайте свидетельство об иммунизации

# Родители, а ваши дети готовы к школе?

Список прививок, необходимых для допуска к посещению школ в 2024/2025 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     |
| <b>Дошкольное учреждение</b><br>От 19 месяцев до 4 лет на 01.09.2024 г.          | 4 дозы АаКДС                                           | 3 дозы      | 3 или 4 дозы *<br>(в зависимости от вакцины)                                      | 1 доза                  | 4 дозы*                                       | 3 дозы      | 1 доза**      |
| <b>Дошкольное учреждение/детский сад (1–2 года)</b><br>От 4 лет на 01.09.2024 г. | 5 доз АаКДС *                                          | 3 дозы      | 3 или 4 дозы*<br>(в зависимости от вакцины)<br>(Не требуется в возрасте от 5 лет) | 2 дозы                  | 4 дозы*<br>(Не требуется в возрасте от 5 лет) | 4 дозы*     | 2 дозы**      |
| <b>С детского сада по 6-й класс</b>                                              | 5 доз АаКДС *                                          | 3 дозы      | Не требуется                                                                      | 2 дозы                  | Не требуется                                  | 4 дозы*     | 2 дозы**      |
| <b>Классы с 7-го по 11-й</b>                                                     | 5 доз АаКДС*<br>Доп. доза АаКДС-м в возрасте от 10 лет | 3 дозы      | Не требуется                                                                      | 2 дозы                  | Не требуется                                  | 4 дозы*     | 2 дозы**      |
| <b>Класс 12-й</b>                                                                | 5 доз АКДС*<br>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](http://www.immunize.org/cdc/schedules).





# Certificate of Immunization Status (CIS)

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.

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

|                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                      |          |                            |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------|----------|----------------------------|----------|
| 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 _____<br>Подпись родителя/опекуна                                                                                                                                                                                               |  | X _____<br>Подпись родителя/опекуна                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | Дата                                 |          | Дата                       |          |
| ▲ Требуется для школы<br>▲ Требуется для дошкольного учреждения                                                                                                                                                                   |  | ДД/ММ/ГГ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ДД/ММ/ГГ | ДД/ММ/ГГ                             | ДД/ММ/ГГ | ДД/ММ/ГГ                   | ДД/ММ/ГГ |
| Обязательные вакцины для зачисления в школу или дошкольное учреждение                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                      |          |                            |          |
| ▲ DTaP (АКДС — дифтерия, столбняк, коклюш)                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                      |          |                            |          |
| ▲ Tdap (КДС — столбняк, дифтерия, коклюш) (7 классе 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)<br><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 B)                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |                                      |          |                            |          |
| 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:<br><input type="checkbox"/> A verified history of varicella (chickenpox) disease.<br><input type="checkbox"/> 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   |          |                            |          |
| <input type="checkbox"/> 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.

