



PATERSON PUBLIC SCHOOLS



Public School Twenty-Seven
250 Richmond Avenue Paterson, NJ 07502
Office: (973) 321-0270 Fax: (973) 321-0277

Kelli A. White
Principal
kwhite@paterson.k12.nj.us
(973)321-0271

Jeimy Perez
Assistant Principal
jperez@paterson.k12.nj.us
(973)321-0272

Dear Parent/Guardian,

All students entering 6th grade in September within the state of New Jersey, are required to have the **Tdap (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis) and meningococcal vaccines** in accordance with (N.J.A.C. 8:57-4). Students must provide documentation of these immunizations before school begins in September.

Please schedule an appointment with your physician to receive the vaccines after your child's 11th birthday. If your child is not 11 years old before the beginning of the school year, please provide the scheduled appointment date below. Failure to obtain the vaccinations after that time will result in exclusion from school attendance.

Please return proof of vaccination to your school nurse. Thank you for your cooperation in this matter.

Student Name: _____ Date: _____

School: _____ DOB: _____

The above-named student has received:

1. The Tdap booster on: _____
Month/Day/Year

2. The Meningococcal vaccine on: _____
Month/Day/Year

OR

An appointment to receive the vaccines has been schedule on: _____

Signature of Primary Care Provider

Print or Stamp of Primary Care Provider

Please return to the school nurse

Preparing All Children for College and Career



PATERSON PUBLIC SCHOOLS



Public School Twenty-Seven
250 Richmond Avenue Paterson, NJ 07502
Office: (973) 321-0270 Fax: (973) 321-0277

Kelli A. White
Principal
kwhite@paterson.k12.nj.us
(973)321-0271

Jeimy Perez
Assistant Principal
jperez@paterson.k12.nj.us
(973)321-0272

Estimado Padre /Tutor,

Todos los estudiantes que ingresen al sexto grado en septiembre en el estado de Nueva Jersey deberán tener **las vacunas Tdap (tétanos, difteria, tos ferina acelular) y meningocócica** de acuerdo con (N.J.A.C. 8:57-4). Los estudiantes deben proveer documentación de haber recibido estas vacunas antes del comienzo de clases en septiembre.

Haga una cita para recibir las vacunas después de que su hijo cumpla 11 años. Si su hijo no cumplirá 11 años antes del comienzo del año escolar, traiga prueba de la fecha en que la cita está programada. El no obtener las vacunas después de ese tiempo resultará en la exclusión de la asistencia a la escuela.

Por favor envíe un comprobante de vacunas a la enfermera de la escuela. Gracias por su cooperación.

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El estudiante mencionado anteriormente ha recibido:

1. El refuerzo de Tdap el: _____
Mes día año

2. La vacuna meningocócica el: _____
Mes día año

O

Se ha programado una cita para recibir las vacunas el: _____

Firma del proveedor de atención primaria

Impresión o sello del proveedor de atención primaria

Regrese a la enfermera de la escuela

Preparing All Children for College and Career