

## ग्रेड 7 मा प्रवेश गर्ने विद्यार्थीहरूका लागि प्रतिरक्षण खोपका आवश्यकताहरू

ओहायो स्वास्थ्य विभाग (Ohio Department of Health) का अनुसार, ग्रेड 7 मा प्रवेश गर्ने सबै विद्यार्थीले टिटानस, डिप्थेरिया र पर्तुसिस (Tdap भ्याक्सिन) र मेनिन्गोकोक्कल रोग (MCV4 भ्याक्सिन) विरुद्धको खोप लगाएको प्रमाण देखाउनुपर्छ। तपाईं चिकित्सक कहाँ जाँदा यो पत्रलाई यी खोपहरूको कागजातको रूपमा प्रयोग गर्न आफूसँगै लैजान सक्नुहुन्छ वा तपाईं दुवै खोप लगाएको मिति लेखिएको प्रतिरक्षण रिपोर्ट पेश गर्न सक्नुहुन्छ। कृपया आफ्नो बच्चाको विद्यालयको नर्सलाई जति सक्दो चाँडो यो कागजात फिर्ता गर्नुहोस्। यो ग्रेड 6 को विद्यालय वर्षको अवधिमा उपलब्ध गराइएन भने, तपाईंले यो जानकारी आफ्नो बच्चा आगामी विद्यालय वर्ष सुरु हुनुअघि उपस्थित हुने junior high school मा पठाउनुपर्ने हुन्छ। मिडल स्कूल (middle school) का नर्सहरूले प्राप्त भएका खोपसम्बन्धी सबै कागजात विद्यालय वर्षको अन्त्यमा जुनियर हाइ स्कूलका नर्सहरूलाई फर्वाइ गर्नु हुने छ। तपाईंको विद्यार्थीले आवश्यक खोपहरूका कागजात वा हस्ताक्षर गरिएका छुट फारम फाइलमा नभएसम्म विद्यालय सुरु गर्न सक्षम हुने छैन।

कृपया कुनै पनि प्रश्न भएमा आफ्नो विद्यालयको विद्यालय नर्स वा हाम्रो स्वास्थ्य सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस्:

- Diley Middle School: विद्यालयको नर्स Rhonda Carmel लाई 614-830-2900, मा फोन गर्नुहोस्, 614 -408-2502 मा फ्याक्स गर्नुहोस् वा [rhonda\\_carmel@plsd.us](mailto:rhonda_carmel@plsd.us) मा इमेल गर्नुहोस्
- Harmon Middle School: विद्यालयको नर्स Liz Moody-Ganoom लाई 614-835-2000 मा फोन गर्नुहोस्, 614-408-2515 मा फ्याक्स गर्नुहोस् वा [elizabeth\\_moody-ganoom@plsd.us](mailto:elizabeth_moody-ganoom@plsd.us) मा इमेल गर्नुहोस्
- Toll Gate Middle School: विद्यालयको नर्स Tami Tackett लाई 614-834-6400 मा फोन गर्नुहोस्, 614-834-6420 मा फ्याक्स गर्नुहोस् वा [tami\\_tackett@plsd.us](mailto:tami_tackett@plsd.us) मा इमेल गर्नुहोस्
- स्वास्थ्य सेवा संयोजक Marcia Stewart लाई 614-835-2017 मा फोन गर्नुहोस् वा [marcia\\_stewart@plsd.us](mailto:marcia_stewart@plsd.us) मा इमेल गर्नुहोस्

### खोपसम्बन्धी चिकित्सकीय कागजात

विद्यार्थीको नाम: \_\_\_\_\_ जन्ममिति: \_\_\_\_\_

Tdap खोप लगाएको मिति: \_\_\_\_\_ MCV4 खोप लगाएको मिति: \_\_\_\_\_

चिकित्सकको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

चिकित्सकको नाम लेख्नुहोस् वा स्ट्याम्प लगाउनुहोस्: \_\_\_\_\_

फोन: \_फ्याक्स: \_\_\_\_\_

विद्यार्थीहरू

5320

1 संशोधित

3/2024 को पृष्ठ 1