

पिकरिङ्टन स्कूल्स (Pickerington Schools)

ग्रेड 12 मा प्रवेश गर्ने विद्यार्थीहरूका लागि प्रतिरक्षण खोपका आवश्यकताहरू

ओहायो स्वास्थ्य विभागका अनुसार, ग्रेड 12 मा प्रवेश गर्ने सबै विद्यार्थीले शरद ऋतुमा विद्यालयमा उपस्थित हुने अनुमति पाउनुअघि **मेनिनगोकोकल विरुद्धको (मेनिनगोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन)** खोपका दुई वटा डोज लगाएको कागजात देखाउनुपर्छ। एउटा डोज विद्यार्थी 16 वर्ष पुगेपछि लगाउनुपर्छ। मेनिनगोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिनको पहिलो डोज विद्यार्थी 16 वर्षको हुँदा वा 16 वर्ष कटिसकेपछि लगाइएको थियो भने, दोस्रो डोज आवश्यक छैन।

विद्यार्थी ग्रेड 11 मा भएको विद्यालय वर्षको अवधिमा खोप लगाइएको कागजात उपलब्ध गराइएन भने, आवश्यक खोपसम्बन्धी कागजात तपाईंको बच्चाको आफ्नो विद्यालयको समयतालिका प्राप्त गर्नुअघि स्वागत गर्ने दिनहरूमा उपलब्ध गराउन आवश्यक हुने छ।

तपाईं चिकित्सक कहाँ जाँदा यो फारामलाई 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। कृपया कुनै पनि प्रश्न भएमा आफ्नो विद्यालयको विद्यालय नर्स वा हाम्रो स्वास्थ्य सेवा संयोजकलाई सम्पर्क गर्नुहोस्:

- **सेन्ट्रल हाइ स्कूल (Central High School):** विद्यालयको नर्स Rhonda Carmel लाई 614-548-1800 मा फोन गर्नुहोस्, 614 408-2502 मा फ्याक्स गर्नुहोस् वा rhonda_carmel@plsd.us मा इमेल गर्नुहोस्
- **नर्थ हाइ स्कूल (North High School):** विद्यालयको नर्स Marni Dreher लाई 614-830-2700 मा फोन गर्नुहोस्, 614 -408-2524 मा फ्याक्स गर्नुहोस् वा marnia_dreher@plsd.us मा इमेल गर्नुहोस्
- **पिकरिङ्टन अल्टरनेटिभ स्कूल (Pickerington Alternative School):** स्वास्थ्य सेवा संयोजक Marcia Stewart लाई 614-835-2017 मा फोन गर्नुहोस्, 614-408-2515 मा फ्याक्स गर्नुहोस् वा marcia_stewart@plsd.us मा इमेल गर्नुहोस्
- स्वास्थ्य सेवा संयोजक Marcia Stewart लाई 614-835-2017 मा फोन गर्नुहोस्, 614-408-2515 मा फ्याक्स गर्नुहोस् वा marcia_stewart@plsd.us मा इमेल गर्नुहोस्

खोपसम्बन्धी चिकित्सकीय कागजात

विद्यार्थीको नाम: _____ जन्ममिति: _____

पहिलो मेनिनगोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन 4 को डोज: _____ दोस्रो मेनिनगोकोकल कन्जुगेट भ्याक्सिन 4 को डोज: _____

चिकित्सकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

चिकित्सकको नाम लेख्नुहोस् वा स्ट्याम्प लगाउनुहोस्: _____

फोन गर्नुहोस्: _____ फ्याक्स गर्नुहोस्: _____