

Vaccins obligatoires pour les élèves entrant en grade 7

Conformément aux indications du Département de la Santé de l'Ohio, tous les élèves entrant en grade 7 doivent fournir une preuve de vaccination contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (vaccin **Tdap**) et contre le méningocoque (vaccin **MCV4**). Vous pouvez apporter ce courrier avec vous chez le médecin pour faire établir le certificat de vaccination ou présenter un carnet de vaccination mentionnant les dates des deux vaccins. Veuillez retourner ce document aussi vite que possible à l'infirmier scolaire de votre enfant. Si vous ne renvoyez pas ce document pendant l'année de grade 6, vous devrez communiquer cette information à la Junior high school fréquentée par votre enfant **avant** le début de l'année scolaire suivante. Le personnel infirmier de la Middle School transmettra tous les documents de vaccination reçus au personnel infirmier de la Junior High School, à la fin de cette année.

Your student will not be able to start school until the required vaccination documentation or a signed exemption form has been provided.

Veuillez contacter l'infirmier scolaire de votre établissement ou votre coordinateur de services de santé si vous avez des questions :

- **Diley Middle School** : Infirmière scolaire Aarika Breckenridge par téléphone au 614-830-2900, par fax au 614 408-2502 ou par courriel à l'adresse aarika_breckenridge@plsd.us
- **Harmon Middle School** : Infirmière scolaire Liz Moody-Ganoom par téléphone au 614-835-2000, par fax au 614-408-2515 ou par courriel à l'adresse elizabeth_moody-ganoom@plsd.us
- **Toll Gate Middle School** : Infirmière scolaire Caitlyn DeShane par téléphone au 614-834-6400, par fax au 614-834-6420 ou par courriel à l'adresse caitlyn_deshane@plsd.us
- Coordinatrice des services de santé Marcia Stewart par téléphone au 614-835-2017 ou par courriel à l'adresse marcia_stewart@plsd.us

Certificat de vaccination fourni par le médecin

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____ Date de la vaccination Tdap : _____ Date de la vaccination MVC4 : _____ Signature

du médecin : _____ Date : _____ Nom ou

tampon du médecin : _____

Téléphone : _____ Fax : _____