

## छात्र टीकाकरण रिकॉर्ड (STUDENT IMMUNIZATION RECORD)

**अभिभावक के लिए निर्देश:** प्रवेश के बाद 30 दिनों के भीतर भरें और स्कूल में जमा कर दें। राज्य के कानून के अनुसार सभी सार्वजनिक और निजी स्कूलों के छात्रों को कुछ बीमारियों के खिलाफ टीकाकरण का लिखित प्रमाण **स्कूल में प्रवेश के बाद 30 दिनों के भीतर** प्रस्तुत करना होगा। वर्तमान आयु/ग्रेड के लिए विशेष आवश्यकताएँ स्कूलों और स्थानीय स्वास्थ्य विभागों द्वारा उपलब्ध हैं। इन आवश्यकताओं में छूट केवल तभी दी जा सकती है जब उचित रूप से हस्ताक्षरित स्वास्थ्य, धार्मिक या व्यक्तिगत आस्था छूट स्कूल में फाइल की गई हो। इस फॉर्म का उद्देश्य कानून के अनुपालन को मापना है और इसका उपयोग केवल इसी उद्देश्य से किया जाएगा। अगर टीकाकरण, या इस फॉर्म को भरने के बारे में आपको कोई प्रश्न पूछना है, तो अपने बच्चे के स्कूल या स्थानीय स्वास्थ्य विभाग से संपर्क करें।

### चरण 1 व्यक्तिगत डेटा

### कृपया प्रिंट करें

छात्र का नाम	जन्मतिथि (MM/DD/YYYY)	लिंग	स्कूल	ग्रेड	स्कूल वर्ष
माता-पिता/अभिभावक/कानूनी संरक्षक का नाम	पता (सड़क, शहर, राज्य, ज़िप)			टेलीफोन नंबर	

### चरण 2 टीकाकरण इतिहास

आपके बच्चे का निम्नलिखित में से प्रत्येक टीकाकरण होने के माह, दिन और वर्ष की सूची बनाएं। चिकनपॉक्स, Tdap, या Td के बारे में प्रश्न के उत्तर के अलावा अन्य कहीं भी (✓) या (X) का उपयोग न करें। अगर आपके पास घर पर इस छात्र का टीकाकरण रिकॉर्ड नहीं है, तो इसे प्राप्त करने के लिए अपने डॉक्टर या सार्वजनिक स्वास्थ्य विभाग से संपर्क करें।

वैक्सीन का प्रकार*	पहली खुराक MM/DD/YYYY	दूसरी खुराक MM/DD/YYYY	तीसरी खुराक MM/DD/YYYY	चौथी खुराक MM/DD/YYYY	पांचवीं खुराक MM/DD/YYYY
DTaP/DTP/DT/Td (डिप्थीरिया, टेटनस, पर्तुसिस)					
किशोर बूस्टर (उपयुक्त बॉक्स में निशान लगाएं) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
पोलियो					
हेपेटाइटिस बी					
MMR (खसरा, गलसुआ, रूबेला)					
वैरीसेला (चिकनपॉक्स) वैक्सीन वैक्सीन की जरूरत केवल तभी है जब आपके बच्चे को चिकनपॉक्स की बीमारी न हुई हो। नीचे देखें:					
क्या आपके बच्चे को वैरीसेला (चिकनपॉक्स) रोग हुआ था? उपयुक्त बॉक्स में निशान लगाएं और यदि ज्ञात हो तो वर्ष दर्ज करें: <input type="checkbox"/> हाँ _____ वर्ष (वैक्सीन की आवश्यकता नहीं) <input type="checkbox"/> नहीं या अनिश्चित (वैक्सीन आवश्यक)	क्या आपके बच्चे का रक्त परीक्षण (टाइटर) हुआ है जो निम्नलिखित में से किसी के प्रति प्रतिरक्षा (पहले बीमारी या टीकाकरण हो चुका) दर्शाता है? (जो लागू हो उन सभी पर निशान लगाएं) <input type="checkbox"/> वैरिसेला <input type="checkbox"/> खसरा <input type="checkbox"/> गलसुआ <input type="checkbox"/> रूबेला <input type="checkbox"/> हेपेटाइटिस बी यदि हाँ, तो प्रयोगशाला रिपोर्ट उपलब्ध कराएं				

### चरण 3 आवश्यकताएं

क्या यह छात्र आवश्यकताएं पूरा करता है, यह निर्धारित करने के लिए वर्तमान स्कूल वर्ष के लिए आयु/ग्रेड स्तर की आवश्यकताएं देखें।

### चरण 4 अनुपालन डेटा

**छात्र सभी आवश्यकताएं पूरा करता है**  
चरण 5 में हस्ताक्षर करें और यह फॉर्म स्कूल में जमा कर दें।  
\_\_\_\_\_ या \_\_\_\_\_

**छात्र सभी आवश्यकताएं पूरा नहीं करता है**  
नीचे उपयुक्त बॉक्स में निशान लगाएं, चरण 5 में हस्ताक्षर करें, और यह फॉर्म स्कूल में जमा कर दें। कृपया ध्यान दें कि अधूरे टीकाकरण वाले छात्रों को, इनमें से किसी एक बीमारी का प्रकोप होने पर स्कूल से बाहर किया जा सकता है।

यद्यपि मेरे बच्चे को वैक्सीन की सभी आवश्यक खुराकें नहीं मिली हैं, लेकिन पहली खुराक मिली हुई है। मैं समझता/समझती हूँ कि इस वर्ष स्कूल में प्रवेश के बाद 90वें स्कूल दिवस तक दूसरी खुराक(कें) मिल जानी चाहिए, और यदि आवश्यक हो तो अगले वर्ष 30वें स्कूल दिवस तक तीसरी खुराक(कें) और चौथी खुराक(कें) भी मिल जानी चाहिए। मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि जब भी मेरे बच्चे को आवश्यक वैक्सीन की खुराक मिल जाए तो स्कूल को लिखित रूप से सूचित करना मेरी जिम्मेदारी है।

**नोट: निर्धारित समय का पालन करने में विफल रहने के परिणामस्वरूप स्कूल से निकालने, अदालती कार्रवाई और/या जल्दी जुर्माने की कार्रवाई हो सकती है।**

छूटें (उपरोक्त चरण 2 में सूचीबद्ध, आपके बच्चे को पहले से ही प्राप्त टीकाकरण की तारीख(खें))

स्वास्थ्य कारणों से इस छात्र के निम्नलिखित टीकाकरण नहीं हो सकते हैं \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर - डॉक्टर \_\_\_\_\_ हस्ताक्षर की तारीख \_\_\_\_\_

धार्मिक कारणों से, मैंने इस छात्र के निम्नलिखित टीकाकरण नहीं कराने का फैसला किया है (जो लागू हो उन सभी पर निशान लगाएं)  
 DTaP/DTP/DT/Td  Tdap,  पोलियो  हेपेटाइटिस बी  MMR (खसरा, गलसुआ, रूबेला)  वैरीसेला

व्यक्तिगत आस्था के कारण, मैंने इस छात्र के निम्नलिखित टीकाकरण नहीं कराने का फैसला किया है (जो लागू हो उन सभी पर निशान लगाएं)  
 DTaP/DTP/DT/Td  Tdap  पोलियो  हेपेटाइटिस बी  MMR (खसरा, गलसुआ, रूबेला)  वैरीसेला

## हस्ताक्षर

यह फॉर्म मेरी जानकारी के अनुसार पूरा और सटीक है। किसी एक पर निशान लगाएं: मैं अपने बच्चे के टीकाकरण का वर्तमान रिकॉर्ड और भविष्य में इसमें होने वाले अपडेट Wisconsin Immunization Registry (Wisconsin टीकाकरण रजिस्ट्री) (WIR) के साथ साझा करने की अनुमति (देता/देती हूँ  नहीं देता/देती हूँ  )। मैं समझता/समझती हूँ कि मैं स्कूल जिले को लिखित सूचना भेजकर किसी भी समय इस सहमति को निरस्त कर सकता/सकती हूँ। निरस्तीकरण की तारीख के बाद, स्कूल जिला कोई नया रिकॉर्ड या अपडेट WIR को प्रदान नहीं करेगा।

हस्ताक्षर - माता-पिता/अभिभावक/कानूनी संरक्षक या वयस्क छात्र

हस्ताक्षर की तारीख