

Dichiarazione dei genitori sulle vaccinazioni obbligatorie تصريح الأهل عن التلقيح الإجمالي

La Scuola.....
di via / corso.....
anno scolastico.....

.....: المدرسة
.....: شارع
.....: السنة الدراسية

I seguenti genitori
dell'alunno/a
Nato/a il / a
Sezione

.....: أهالي
.....: للطالب/ة
.....: المولود/ة بتاريخ: مكان الولادة
.....: القسم / الشعبة :

considerando che le principali vaccinazioni obbligatorie **dichiarano**, che l'alunno/a è stato **sottoposto alle seguenti vaccinazioni obbligatorie**, crocettando la risposta:
اعتبارا ان التلقيحات المذكورة هي إجبارية، يصرحوا أن الطالب /ة تلقى التلقيحات التالية (ضع علامة على اجواب):

- Poliomielite

شلل الأطفال

si

نعم

no

لا

- Difterite

الدفتيري تي

si

نعم

no

لا

- Tetano

الكزاز

si

نعم

no

لا

- Pertosse

السعال الديكي

si

نعم

no

لا

- Epatite B

ب التهاب الكبد

si

نعم

no

لا

A

أ التهاب الكبد

si

نعم

no

لا

C

س التهاب الكبد

si

نعم

no

لا

Data.....

التاريخ

Firma.....(Il genitore che esercita la patria potestà)

التوقيع.....(الأهل ولي أمر الطالب)