

Dichiarazione dei genitori sulle vaccinazioni

التحصينات عن الأهل اقرار

La Scuola.....

di via / corso.....

anno scolastico.....

المدرسة:.....

شارع:.....

الدراسية السنة:.....

I seguenti genitori

dell'alunno/a

Nato/a il / a

Sezione

الامر ولي:.....

ة/للطالب:.....

الولادة مكان : بتاريخ ة/المولود:.....

القسم / الشعبة : :.....

considerando che le principali vaccinazioni ,**dichiarano**, che l'alunno/a è stato
sottoposto alle seguenti vaccinazioni, crocettando la risposta:

(الاجابة على علامة ضع) التالية التحصينات تلقى ة/ الطالب أن نقر : هي لاساسية التلقيحات ان اعتبارا

- Poliomielite

الأطفال شلل

si

نعم

no

لا

- Difterite

الدفتيريا

si

نعم

no

لا

- Tetano

(التيتانوس) الكزاز

si

نعم

no

لا

- Pertosse

الديكي السعال

si

نعم

no

لا

- Epatite B

ب الوبائي الكبدي التهاب

si

نعم

no

لا

A

أ الوبائي الكبدي التهاب

si

نعم

no

لا

Data.....

التاريخ

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

(الطالب أمر ولي)..... التوقيع