

CSCE COVID: [covid@communityschoolforcreativeeducation.org](mailto:covid@communityschoolforcreativeeducation.org) يرجى إرسال النماذج الكاملة بالبريد الإلكتروني إلى

## CSCE ( متطلبات تلقيح جميع الذين طلاب من COVID-19 نموذج الإعفاء

أنالذين تتراوح أعمارهم بين 12 وما OUSD جميع ("BP 5141.29" COVID-19 سياسة مجلس الإدارة 5141.29 - تتطلب متطلبات لقاح الطالب بشكل كامل من أجل ، OUSD فوق ، أو الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 12 عامًا وما فوق الذين يذهبون إلى المدرسة في المباني التي تملكها حضور أي المدرسة الشخصية ما لم ينطبق استثناء

هذا النموذج مطلوب لاستخدامه للتأهل إما للإعفاء الطبي أو المعتقدات الشخصية

الجزء 1: معلومات الطالب والوالد / الوصي - ليتم إكمالها بواسطة ولي الأمر / الوصي (يرجى ملاحظة: قد يؤدي عدم الرد على كل  
(مطالبة إلى إبطال طلب الإعفاء

اسم الطالب: \_\_\_\_\_

معرف \_\_\_\_\_

التاريخ ميلاد الطالب: \_\_\_\_\_ المدرسة الاسم: \_\_\_\_\_

اسم الوالد / الوصي: \_\_\_\_\_ هاتف الوالد \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني للوالد / الوصي: \_\_\_\_\_

الجزء 2: طلب الإعفاء والتصديق - يتم إكمالها بواسطة الوالد / الوصي (يرجى ملاحظة: يجب على الوالد / الوصي أن يراجع ويوقع  
(النظر في طلب الإعفاء CSCE كلا الجزأين أدناه حتى يتسنى لـ

BP أنا ، الوالد / الوصي المذكور أعلاه ، أطلب منح الطالب المذكور أعلاه النوع التالي من الإعفاء من المطلب بموجب  
الذين تتراوح أعمارهم بين OUSD أو الطلاب الملتحقين بالمدرسة في المباني (لـ ، OUSD بأن يتم تطعيم جميع 5141.29  
12 عامًا وما فوق) ، بشكل كامل من أجل حضور أي مدرسة شخصية. (يرجى إكمال النماذج المنفصلة لطلب كلا  
(الاستثناءين)

(الإعفاء الطبي (يجب على مقدم الخدمات الطبية إكمال الجزء 3 أ

(الإعفاء من المعتقدات الشخصية (يجب على مقدم الخدمات الطبية إكمال الجزء 3 ب

توقيع الوالد / الوصي: \_\_\_\_\_

المتاحة للطالب COVID-19 أنا ، الوالد / الوصي المذكور أعلاه ، أقر بأنني تلقيت معلومات بشأن مخاطر وفوائد جميع لقاحات  
المذكور أعلاه وما زلت أرسل طلب الإعفاء هذا

الوصي: \_\_\_\_\_ / 22-2021

الجزء 3 أ: شهادة الإعفاء الطبي - يتم إكمالها بواسطة مقدم طبي مرخص

أنا ، الموقع أدناه ، مزود طبي مرخص ، بموجب هذا عقوبة الحنث باليمين ، أن كل من العبارات التالية صحيحة وصحيحة:  
أنا مقدم خدمات طبي مرخص بشكل صحيح لممارسة المهنة حاليًا في ولاية كاليفورنيا -  
لقد قمت بفحص الطالب المسمى أدناه في التاريخ أدناه -  
لقد حددت ، بناءً على خبرتي الطبية ، أن الطالب المسمى أدناه لديه حالة جسدية أو ظروف طبية بحيث يُعتبر تلقي -  
المتاحة (بما في ذلك اللقاحات المصرح باستخدامها في حالات الطوارئ) غير آمن COVID-19 أي من لقاحات  
المعلومات التالية دقيقة -

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ اسم ولي الأمر /

الوصي: \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد الطالب:

تاريخ الاستشارة: \_\_\_\_\_ اسم المزود الطبي المرخص:

نوع مقدم الرعاية الطبية المرخص:  دكتور

في الطب ("MD")

("DO") دكتور في طب تقويم العظام

رقم الترخيص لمقدم الخدمات الطبية المرخص: \_\_\_\_\_ هاتف

مزود الرعاية الطبية المرخص: \_\_\_\_\_ البريد

الإلكتروني لمزود الخدمات الطبية المرخص:

توقيع مقدم الخدمة الطبية المرخص: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

فقط CSCE للاستخدام الداخلي

لن يتم قبول النماذج غير المكتملة يجب أن تتضمن النماذج الاسم والعنوان ورقم الهاتف ورقم الترخيص المقروء  
للتأكيد موافقته على نموذج الموافقة CSCE للموقع الطبي ، والذي قد يتم الاتصال به من قبل

نموذج الإعفاء من المعتقدات الطبية / الشخصية COVID -19 2021-22  
الصفحة 2 من 4

الجزء 3 ب: شهادة الإعفاء من المعتقدات الشخصية - يتم إكمالها من قبل مقدم الخدمات الطبية تصديق على تقديم

إلى المريض COVID-19 معلومات

الأول ، الموقع أدناه ، المزود الطبي المرخص ، أقر بموجبه ، تحت طائلة عقوبة الحنث باليمين ، بأن كل من العبارات  
التالية صحيحة وصحيحة:

- أنا مقدم خدمات طبي مرخص بشكل صحيح لممارسة المهنة حاليًا في ولاية كاليفورنيا -
- المتاحة (بما في ذلك اللقاحات COVID-19 في التاريخ أدناه ، أبلغت الوالد / الوصي المسمى أدناه أن لقاحات ومراكز (FDA) المصرح باستخدامها في حالات الطوارئ) آمنة وفعالة وفقًا لإرشادات إدارة الغذاء والدواء المرتبطة هنا (CDC) السيطرة على الأمراض.
- في التاريخ أدناه ، قمت أيضًا بتزويد الوالد / الوصي المسمى أدناه بمعلومات بخصوص (1) فوائد ومخاطر تلقي أي - المتاحة (بما في ذلك اللقاحات المصرح باستخدامها في حالات الطوارئ) و (2) COVID-19 من لقاحات COVID-19 المخاطر الصحية على الطالب ومجتمع.
- المعلومات التالية دقيقة -

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ اسم ولي الأمر /

الوصي: \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد الطالب:

تاريخ الاستشارة: \_\_\_\_\_ اسم المزود الطبي المرخص:

نوع مقدم الرعاية الطبية المرخص:  دكتور

"MD" في الطب

"DO" دكتور في طب تقويم العظام

رقم الترخيص لمقدم الخدمات الطبية المرخص: \_\_\_\_\_ هاتف

مزود الرعاية الطبية المرخص: \_\_\_\_\_ البريد

الإلكتروني لمزود الخدمات الطبية المرخص:

توقيع مقدم الخدمة الطبية المرخص: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

فقط CSCE للاستخدام الداخلي لـ

لن يتم قبول النماذج غير المكتملة يجب أن تتضمن النماذج الاسم والعنوان ورقم الهاتف ورقم الترخيص المقروء لتأكيد موافقته على نموذج الموافقة CSCE للموقع الطبي ، والذي قد يتم الاتصال به من قبل

نموذج الإعفاء من المعتقدات الطبية / الشخصية COVID -19 2021-22  
صفحة 3 من 4

حول اختبار اللقاح والموافقة عليه FDA معلومات

شرح <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/em>

بدقة؟ COVID-19 هل تم اختبار لقاحات

التجريبية COVID-19 نعم. تقوم التجارب السريرية بتقييم لقاحات

في عشرات الآلاف من المشاركين في الدراسة لتوليد البيانات العلمية وغيرها من المعلومات التي تحتاجها لتحديد السلامة والفعالية. هذه (FDA) إدارة الغذاء والدواء التجارب السريرية وفقاً للمعايير الصارمة التي حددتها إدارة الغذاء والدواء



في البداية ، في المرحلة الأولى ، يتم إعطاء اللقاح لعدد صغير من الأشخاص الأصحاء بشكل عام لتقييم سلامته عند زيادة الجرعات والحصول على معلومات مبكرة حول مدى نجاح اللقاح في إحداث استجابة مناعية لدى الأشخاص. في غياب مخاوف تتعلق بالسلامة من دراسات المرحلة الأولى ،

تشمل دراسات المرحلة الثانية المزيد من الأشخاص ، حيث يتم اختبار جرعات مختلفة على مئات الأشخاص الذين لديهم حالات صحية متفاوتة ومن مجموعات سكانية مختلفة ، في دراسات عشوائية مضبوطة. توفر هذه الدراسات معلومات أمان إضافية حول الآثار الجانبية والمخاطر الشائعة قصيرة المدى ، وتفحص العلاقة بين الجرعة المعطاة والاستجابة المناعية ، وقد توفر معلومات أولية بشأن فعالية اللقاح. في المرحلة 3 ، يتم إعطاء اللقاح بشكل عام لآلاف الأشخاص في دراسات عشوائية خاضعة للرقابة تشمل مجموعات ديموغرافية واسعة (على سبيل المثال ، السكان المستهدفون لاستخدام اللقاح) ويولد معلومات مهمة حول الفعالية وبيانات أمان إضافية مهمة. توفر هذه المرحلة معلومات إضافية حول الاستجابة المناعية لدى الأشخاص الذين يتلقون اللقاح مقارنة بأولئك الذين يتلقون السيطرة ، مثل العلاج الوهمي

### حول فعالية اللقاح CDC معلومات

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendati>

- أمانة وفعالية COVID-19 لقاحات
- في ظل الأشد كثافة COVID-19 تم استخدام لقاحات مراقبة السلامة في تاريخ الولايات المتحدة ، والتي تتضمن دراسات في المراهقين
- Pfizer-BioNTech سيحتاج طفلك إلى لقطة ثانية من بعد 3 أسابيع من اللقطة الأولى COVID-19 لقاح
- الأطفال والمراهقون يتلقون نفس الجرعة من عند البالغين. لا يوجد متطلبات COVID-19 Pfizer-BioNTech لقاح و لا تختلف جرعة لقاح ، COVID-19 وزن المريض للتلقيح باختلاف وزن المريض COVID-19
- ، COVID-19 من أي لقاح لا COVID-19 لا يمكن لطفلك الحصول على Pfizer-BioNTech بما في ذلك لقاح
- ولقاحات أخرى في نفس الزيارة أو دون انتظار 14 أيام بين اللقاحات COVID-19 قد يحصل طفلك على لقاح



لن يتم قبول النماذج غير المكتملة. يجب أن تتضمن النماذج الاسم والعنوان ورقم الهاتف ورقم الترخيص لتأكيد موافقته على نموذج الموافقة CSCE المقروء للموقع الطبي ، والذي قد يتم الاتصال به من قبل

نموذج الإعفاء من المعتقدات الطبية / الشخصية COVID -19 2021-22

صفحة 4 من 4