|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**通知函
Notification Letter**

**Wisconsin学校入学免疫接种要求****Required Immunizations (shots) for Admission to Wisconsin Schools**

致      年级     学生的家长、监护人或法定监护人

**Wisconsin**《学生免疫法》 (Wis. Stat. § 252.04) 要求所有 12 年级及以下的学生在入学前均应达到规定的最低免疫接种次数。只有出于健康、宗教或个人信仰原因，才能免除此类要求。根据我们的记录，您的孩子缺少免疫接种记录或需要进行免疫接种（原因见下文），且文件中未提供豁免声明。请于      之前在随附的《学生免疫记录》中提供您的孩子接受所需免疫接种的月份、日期和年份，或选择相应的豁免选项，然后将表格寄回您孩子所在的学校。如果未能为您的孩子提供此类信息，他/她可能会被要求居家学习，不得返校。此外，如果不遵守规定，还可能导致法庭诉讼及罚款处罚。

疫苗接种是保护我们的孩子免受疾病及此类疾病可能引发的并发症侵害的最重要方法之一。疫苗接种对学龄儿童尤为重要，因为他们日常密切接触的人群中可能有未对此类疾病采取预防措施的人。

请与您孩子的医疗保健提供者预约接种疫苗。如果您孩子的医疗保健提供者尚未确定，请联系您当地的卫生部门，以确定您的孩子是否有资格在该卫生部门进行疫苗接种。如果您的孩子已参加医疗补助计划 (Medicaid) 或符合相关参保条件、是美洲印第安人/阿拉斯加原住民，或者没有医疗保险，其也可能有资格参加 Vaccines for Children。

当地卫生部门联系信息：<https://www.dhs.wisconsin.gov/lh-depts/counties.htm>

有关 Vaccines for Children 的信息：<https://www.dhs.wisconsin.gov/immunization/vfc-parent.htm>

如果您对本通知有任何其他疑问，请联系      。

**写信原因：**

[ ] 无记录

根据我们学校的记录，学生需要接种以下疫苗：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DTaP/DT/Td疫苗** | **Tdap3疫苗** | **脊髓灰质炎疫苗** | **MMR1疫苗** | **乙型肝炎疫苗1** | **水痘疫苗1,2** | **脑膜炎球菌ACWY疫苗4** |
| [ ] 第1剂 | [ ] 第1剂 | [ ] 第1剂 | [ ] 第1剂 | [ ] 第1剂 | [ ] 第1剂 | [ ] 第1剂 |
| [ ] 第2剂 |  | [ ] 第2剂 | [ ] 第2剂 | [ ] 第2剂 | [ ] 第2剂  | [ ] 第2剂 |
| [ ] 第3剂 |  | [ ] 第3剂 |  | [ ] 第3剂 |  |  |
| [ ] 第4剂 |  | [ ] 第4剂 |  |  |  |  |
| [ ] 第5剂 |  |  |  |  |  |  |

1如果有实验室检验结果证明您的孩子对麻疹、腮腺炎和风疹具有免疫力，或有实验室检验结果证明您的孩子对乙型肝炎具有免疫力，请向学校提供各项检验结果。如果检验结果可接受，则您的孩子无需接种他/她已具有免疫力的相应疾病疫苗。

2如果学生有真实水痘病史（病历记录和/或实验室检验结果），则无需接种水痘疫苗。相关医生、医生助理或高级处方护士必须通过表明学生曾感染水痘并签署《学生疫苗接种表格》（DHS表格F-04020L）来记录学生的真实水痘病史。

3如果您的孩子在入读需要接种Tdap疫苗的年级后五年内接种了一剂破伤风类疫苗（如Td疫苗），则您的孩子符合要求，无需再次接种Tdap疫苗。

4入读7年级的学生需要接种一剂脑膜炎球菌疫苗（血清组A、C、W、Y），入读12年级的学生则需要接种加强针。在16岁之前没有接种第一剂的学生应该只接种一剂。

感谢您的及时配合。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校 |  | 电话 |
|  |  |  |
| 学校负责人（职务） |  | 寄送日期 |