

Вакцина против овчијих богиња (Varicella)

Препоручена за децу у седмом разреду средње школе

Молимо вас прочитајте ове информације.

Попуните образац **чак и у случају да дете не треба да добије вакцину.**

Одвојите образац и вратите га школи.

- **Да ли је вашем дету потребна вакцина против овчијих богиња?** За више информација видите у продужетку.
- Општинска екипа ће ускоро посетити школу ради овог програма вакцинације.
- Бесплатна вакцинација је на располагању ове године у школи, код лекара или у општинској служби за вакцинацију.
- Прочитајте листу за проверу пре вакцинације и о свим здравственим питањима која вас забрињавају разговарајте са вашом службом за имунизацију пре него што ваше дете буде вакцинисано.
- Можда ће ваше дете требати истог дана да прими више од једне вакцине против различитих болести. То неће повећати шансе да ваше дете добије реакцију на вакцину.
- Образац сагласности морате да вратите школи чак и у случају да ваше дете није вакцинисано, јер то помаже да се побољшају здравствене услуге.

Да ли ваше дете треба да прими вакцину против овчијих богиња?

Моје дете је прележало овчије богиње. Шта да радим?

Ако сте сигурни да је ваше дете прележало овчије богиње, вакцина му није потребна. Међутим, вакцина се може безбедно дати деци која су прележала овчије богиње.

Нисам сигуран/сигурна да ли је моје дете раније имало овчије богиње. Шта да радим?

Ваше дете треба да се вакцинише.

Моје дете је раније примило једну вакцину против овчијих богиња. Да ли треба сада да прими другу вакцину?

Да. Две дозе вакцине против овчијих богиња пружају повећану заштиту и умањују ризик од добијања овчијих богиња касније.

Моје дете је примило једну вакцину против овчијих богиња и прележало овчије богиње. Шта да радим?

Ако сте сигурни да је ваше дете прележало овчије богиње, вакцина му није потребна. Међутим, вакцина се може безбедно дати деци која су прележала овчије богиње.

Овчије богиње

Овчије богиње су врло заразна болест коју изазива вирус варицела зостер. Овчије богиње се преносе кашљањем, кијањем и директним контактом са течношћу у пликовима на месту осипа.

Код здраве деце то је обично блага и краткотрајна болест. Овчије богиње понекад могу да се развију у тежа обољења као што су бактеријске кожне инфекције које остављају ожиљке, упалу плућа или упалу мозга. Одрасле особе које добију овчије богиње обично имају теже симптоме. Овчије богиње током трудноће такође могу да буду опасне за нерођене бебе. Овчије богиње могу да изазову озбиљна обољења, па чак и смрт, без обзира на године старости.

Период инкубације овчијих богиња је 10 до 21 дан, а затим се најпре појављује осип у облику црвених тачака које се после неколико сати претварају у пликове. Црвене тачке се обично појављују на телу, лицу и другим деловима тела. Већина заражених овчијим богињама добијају повишену температуру и није им добро, а могу да осећају и јак свраб.

Овчије богиње може да добије свако ко их није раније прележао. Пре увођења програма вакцинације, око 75 процената становништва је добијало овчије богиње пре узраста од 12 година.

Служба за писмено
и усмено превођење
Јавите се на 131 450



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

Вакцина против овчијих богиња

Вакцина против овчијих богиња садржи живи вирус који је модификован и ослабљен, и малу количину антибиотика неомисин.

Могуће пратеће појаве вакцинисања против овчијих богиња

Уобичајене пратеће појаве

- Повишена температура
- Бол, црвенило и оток на месту инјекције
- Привремена мала гука на месту инјекције
- До губитка свести може доћи у првих 30 минута после сваке вакцинације.

Ако се појаве благе реакције, пратеће појаве се могу ублажити на следеће начине:

- вакцинисана особа треба да пије више течности и да се не утопљава ако има повишену температуру
- на болно место инјекције треба ставити хладну мокру крпу
- узимати парацетамол да би се смањила нелагодност.

Уобичајене пратеће појаве

Две до пет црвених тачака које личе на овчије богиње могу да се појаве обично на месту инјекције и понекад на другим деловима тела, пет до 26 дана после вакцинације, и губе се за мање од недељу дана.

Ако дође до тога, док се црвене тачке не осуше, вакцинисана особа треба да избегава директне контакте са људима које имају ослабљен имунитет.

Изузетно ретке пратеће појаве

- Јака алергијска реакција

У случају јаке алергијске реакције, одмах ће бити указана медицинска помоћ. Ако су реакције јаке или се не губе, или ако сте забринути, јавите се вашем лекару или болници.

Листа за проверу пре вакцинације

Пре него што ваше дете прими вакцину, реците лекару или медицинској сестри ако се нешто од следећег односи на ваше дете.

- У протеклих месец дана је примило неку вакцину која садржи живе вирусе [као што су против MMR (measles, mumps, rubella) – малих богиња, заушки и рубеоле; против овчијих богиња или BCG – против туберкулозе]
- Није му добро на дан вакцинације (има температуру изнад 38.5°C)
- Има неку јаку алергију
- Имало је јаку алергију после неке вакцине
- Има болест или лечење који проузрокују низак имунитет (на пример: HIV/AIDS, леукемију, рак, радиотерапију или хемотерапију)
- Прима стероиде било које врсте, осим спрејева против астме или стероидних крема (на пример, кортизон или преднизон)
- Ако је трудно
- Ако је примило имуноглобулин или трансфузију крви у протеклих три месеци или интравенозни имуноглобулин у протеклих девет месеци.

После вакцинације причекајте најмање 15 минута на месту вакцинације.

Даље информације

www.betterhealth.vic.gov.au

immunehero.health.vic.gov.au

Како да попуните овај образац

Молимо вас прочитајте ове информације.

Попуните образац **чак и у случају да дете не треба да добије вакцину.**

Одвојите образац и вратите га школи.

За сву децу

Молимо вас упишите податке о детету.

Затим

Попуните овај део ако желите да ваше дете буде вакцинисано.

Или

Попуните овај део ако не желите да ваше дете буде вакцинисано.

Да би овај документ добили у доступном формату, пошаљите електронску поруку (email) на: immunisation@health.vic.gov.au

Одобрила и објавила Викторијска влада, 1 Treasury Place, Melbourne.

© Министарство здравља, Јул 2016 (1607016)

Образац сагласности за вакцинацију против овчијих богиња (Varicella)

Препоручена за децу у седмом разреду средње школе

Молимо вас прочитајте ове информације.

Попуните образац **чак и у случају да дете не треба да добије вакцину.**

Одвојите образац и вратите га школи.

Подаци ученика	
Medicare број:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 (број поред имена детета)
Презиме:	CITIZEN Име: MARK
Адреса становања: 20 BLOCK STREET MELBOURNE	
Поштански број:	3000 Датум рођења: 18/10/2000 Пол: ☒ Женски ☐ Мушки
Школа:	BLOCK HIGH SCHOOL Домаћа група: 7A
Да ли је ова особа пореклом Аборигин или са Острва у Мореузу Торес (молимо вас означите са ✓) ☒ Не ☐ Аборигин ☐ Са Острва у Мореузу Торес ☐ Аборигин и са Острва у Мореузу Торес	
Подаци за контакт родитеља или старатеља	
Презиме:	SMITH Име: SANDRA
Електронска пошта:	parentorguardian@internetprovider.com
Телефонски број преко дана:	9123 4567 Мобилни: 0404 123 456

Родитељу или старатељу, молимо вас потпишете се ако се слажете да ваше дете у школи прими вакцину против овчијих богиња.

Ја сам прочитао и разумем информације које су ми дате о вакцинацији, укључујући ризике од болести и пратеће појаве од вакцине. Ја разумем да дајем сагласност за давање дозе вакцине против овчијих богиња. Дата ми је могућност да о вакцинацији разговарам са лицем или организацијом која обавља вакцинацију. Ја разумем да се сагласност може повући у свако време пре обављања вакцинације.

☐ Не, ЈА ДАЈЕМ САГЛАСНОСТ за вакцинацију против овчијих богиња (молимо вас означите са ✓)

Ја сам овлашћен да дам сагласност да горе наведено дете буде вакцинисано.

Име и презиме родитеља или старатеља (штампаним словима):

Потпис родитеља или старатеља: Датум: / /

ИЛИ ако вакцина не треба да буде дата у школи:

Не, ја не дајем сагласност за вакцинацију против овчијих богиња.

После читања датих информација, ја не желим да моје дете сада буде вакцинисано против овчијих богиња.

Потпис родитеља или старатеља: Датум: / /

Изјава о приватности. Програм вакцинације у 7. разреду средњих школа финансирају аустралијска и Викторијска влада, а спроводе га општине. Према Закону о уједињеном Аустралији и Викторији од 2008. године (Public Health and Wellbeing Act 2008), општине су одговорне за координирање и обављање вакцинације деце која се школују на општинском подручју. Општине су посвећене заштити приватности, поверљивости и безбедности личних информација, сагласно Закону о приватности и заштити података од 2014. године (Privacy and Data Protection Act 2014) и Закону о здравственим записима од 2001. године (Health Records Act 2001).

Подаци о свим вакцинацијама адресоване обавештења достављају општине достављају Аустралијском регистру школских вакцинација (Australian School Vaccination Register - ASVR). Подаци на основу којих се може открити идентитет ће се чувати у поверљивости. То ће обезбедити анализу како што су систем за отклањање и подешавање, у циљу побољшања обавештења одговарајућих вакцинација. То је важно: ради побољшања свепуног система вакцинације. Подаци ће бити доступни свим вакцинацијом са свим вакцинацијама у Аустралији регистру вакцинације и у ASVR. Збогом подаци о вакцинацији могу да буду отворени Викторијској влади ради надзора, финансирања и побољшања Програма вакцинације у 7. разреду средњих школа. Ти подаци не откривају идентитет њиховог подносиоца.

Информације о нама и нашем детету ће се користити или отворити за циљеве који се директно односе на вакцинацију нашег детета и на начине који ће бити разумно очекивани. То може да укључује пренос или размену релевантних информација са вашим лекаром опште праксе (GP), са лекаром опште праксе нашег детета, са другом здравственом службом која пружа третман или са болницом или другом општинском. Општина вам може дати информације у великој школи: програм вакцинација путем телефонских званичних писмених порука (SMS) или електронске поште (email). Ви можете имати приступ подацима о вашем детету ако се јавите општини на чијем је подручју школа нашег детета.

Само за службено употребу:

Датум давања дозе: Иницијали медицинске сестре:

Образац сагласности за вакцинацију против овчијих богиња (Varicella)

Препоручена за децу у седмом разреду средње школе

Молимо вас прочитајте ове информације. Попуните образац **чак и у случају да дете не треба да добије вакцину**. Одвојите образац и вратите га школи.

Податци ученика

Medicare бр: (број поред имена детета)

Презиме:

Име:

Адреса становања:

Поштански број:

Датум рођења: / /

Пол: ☐ Женски ☐ Мушки

Школа:

Домаћа група :

Да ли је ова особа пореклом Аборицин или са Острвља у Мореузу Торес? (молимо вас означите са ✓)

☐ Не ☐ Аборицин ☐ Са Острвља у Мореузу Торес ☐ Аборицин и са Острвља у Мореузу Торес

Податци за контакт родитеља или старатеља

Презиме:

Име:

Електронска пошта:

Телефонски број преко дана:

Мобилни:

Родитељу или старатељу, молимо вас потпишите се ако се слажете да ваше дете у школи прими вакцину против овчијих богиња.

Ја сам прочитао и разумем информације које су ми дате о вакцинацији, укључујући ризике од болести и пратеће појаве од вакцине. Ја разумем да дајем сагласност за давање дозе вакцине против овчијих богиња. Дата ми је могућност да о вакцини разговарам са лицем или организацијом која обавља вакцинацију. Ја разумем да се сагласност може повући у свако време пре обављања вакцинације.

☐ **ДА, ЈА ДАЈЕМ САГЛАСНОСТ за вакцинацију против овчијих богиња (молимо вас означите са ✓)**

Ја сам овлашћен да дам сагласност да горе наведено дете буде вакцинисано.

Име и презиме родитеља или старатеља (штампаним словима):

Потпис родитеља или старатеља:

Датум: / /

ИЛИ ако вакцина не треба да буде дата у школи:

Не, ја не дајем сагласност за вакцинацију против овчијих богиња.

После читања датих информација, ја не желим да моје дете сада буде вакцинисано против овчијих богиња.

Потпис родитеља или старатеља:

Датум: / /

Изјава о приватности. Програм вакцинације у 7. разреду средњих школа финансирају аустралијска и вијетнамска влада, а спроводе га општине.

Према Закону о јавном здрављу и добробити од 2008. године (Public Health and Wellbeing Act 2008), општине су одговорне за координацију и обављање вакцинације деце која се школују на општинском подручју. Општине су посвећене заштити приватности, поверљивости и безбедности личних информација, сагласно Закону о приватности и заштити података од 2014. године (Privacy and Data Protection Act 2014) и Закону о здравственим записима од 2001. године (Health Records Act 2001).

Податке о свим вакцинацијама адолесцената обављених преко школских програма општине достављају Аустралијском регистру школских вакцинација (Australian School Vaccination Register – ASVR). Подаци на основу којих се може открити идентитет ће се чувати у поверљивости. То ће обезбедити алатке као што су системи за отказивање и подсећање, у циљу повећања обухваћености адолесцената вакцинацијом. То је важно ради побољшања свеукупних стопа вакцинације. Појединци ће имати приступ њиховим подацима о свим вакцинама унетим у Аустралијски регистар вакцинације и у ASVR. Збирни подаци о вакцинацији могу да буду откривени Викторијској влади ради надзора, финансирања и побољшања Програма вакцинације у 7. разреду средњих школа. Ти подаци не откривају идентитет ниједног појединца.

Информације о вама и вашем детету ће се користити или откривати за циљеве који се директно односе на вакцинацију вашег детета и на начине које би разумно очекивали. То може да укључује пренос или размену релевантних информација са вашим лекаром опште праксе (GP), са лекаром опште праксе вашег детета, са другом здравственом службом која пружа третман или са болницом или другом општином. Општина вам може дати информације у вези школског програма вакцинација путем телефонских кратких текстуалних порука (SMS) или електронске поште (email). Ви можете имати приступ подацима о вашем детету ако се јавите општини на чијем је подручју школа вашег детета.

Само за службену употребу:

Датум давања дозе:

Иницијали медицинске сестре:

Chickenpox (Varicella) vaccine

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given.**

Detach the form and return it to school.

- **Does your child need the chickenpox vaccine?** See below for more information.
- Local council will be visiting school soon for this vaccine program.
- Free vaccine is available this year at school, the doctor or a local council immunisation service.
- Read the pre-immunisation checklist and discuss any health concern with your immunisation provider before your child is vaccinated.
- Your child may need more than one injection for different diseases on the same day. This will not increase the chance of your child having a vaccine reaction.
- You must return the consent form to school even if your child is not being vaccinated as this helps in the provision of improved health services.

Does your child need the chickenpox vaccine?

My child has had chickenpox infection, what should I do?

If you are sure that your child has had chickenpox infection, then the vaccine is not needed. However the vaccine can be safely given to children who have had chickenpox infection.

I am not sure my child has had chickenpox infection, what should I do?

Your child should be vaccinated.

My child has had one chickenpox vaccine, should a second vaccine be given now?

Yes, two doses of chickenpox vaccine provide increased protection and reduce the risk of chickenpox occurring at a later time.

My child has had one chickenpox vaccine and chickenpox infection, what should I do?

If you are sure that your child has had chickenpox infection, then the vaccine is not needed. However the vaccine can be safely given to children who have had chickenpox infection.

Chickenpox disease

Chickenpox is a highly contagious infection caused by the varicella zoster virus. Chickenpox is spread through coughs and sneezes and through direct contact with the fluid in the blisters of the rash.

It is usually a mild disease of short duration in healthy children; sometimes chickenpox will develop into a more severe illness such as bacterial skin infections resulting in scarring, pneumonia or inflammation of the brain. Adults who contract chickenpox generally experience more severe symptoms. Chickenpox may also be a risk to an unborn baby if contracted during pregnancy. Chickenpox can cause serious illness and even death in all ages.

The incubation period for chickenpox is 10 to 21 days, followed by the appearance of a rash of red spots initially, then becoming blisters within hours. The spots usually appear on the trunk, face and other parts of the body. Most people infected with chickenpox have a fever and feel unwell and may experience severe itching.

Anyone who has never had chickenpox before can catch it. Prior to the vaccine program, about 75 per cent of people caught chickenpox before 12 years of age.

Translating and
interpreting service
Call 131 450



IMMUNISE
AUSTRALIA PROGRAM
An Australian, State and Territory
Governments initiative

Chickenpox vaccine

The chickenpox vaccine contains modified live virus at a reduced strength and a small amount of the antibiotic, neomycin.

Possible side effects of chickenpox vaccine

Common side effects

- Fever
- Pain, redness and swelling at the injection site
- A temporary small lump at the injection site
- Fainting may occur up to 30 minutes after any vaccination.

If mild reactions occur, the side effects can be reduced by:

- drinking extra fluids and not over-dressing if the person has a fever
- placing a cold wet cloth on the sore injection site
- taking paracetamol to reduce discomfort.

Uncommon side effects

About two to five chickenpox-like spots may occur usually at the injection site and sometimes on other parts of the body between five and 26 days after vaccination and last for less than one week.

If this occurs the person should avoid direct contact with people with low immunity until the spots dry out.

Extremely rare side effect

- A severe allergic reaction

In the event of a severe allergic reaction, immediate

medical attention will be provided. If reactions are severe or persistent, or if you are worried, contact your doctor or hospital.

Pre-immunisation checklist

Before your child is immunised, tell the doctor or nurse if any of the following apply.

- Has had a vaccine containing live viruses within the last month (such as MMR, chickenpox or BCG)
- Is unwell on the day of immunisation (temperature over 38.5°C)
- Has any severe allergies
- Has had a severe reaction following any vaccine
- Has a disease or is having treatment which causes low immunity (for example HIV/AIDS, leukaemia, cancer, radiotherapy or chemotherapy)
- Is taking steroids of any sort other than inhaled asthma sprays or steroid creams (for example cortisone or prednisone)
- Is pregnant
- Has received immunoglobulin or a blood transfusion in the last three months or intravenous immunoglobulin in the last nine months.

After vaccination wait at the place of vaccination a minimum of 15 minutes.

Further information

www.betterhealth.vic.gov.au

immunehero.health.vic.gov.au

How to complete the form

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given**.

Detach the form and return it to school.

For all children

Please complete with the details of the child.

Then

Complete this section if you wish to have your child vaccinated.

Or

Complete this section if you do not wish to have your child vaccinated.

To receive this document in an accessible format email: immunisation@dhhs.vic.gov.au

Authorised and published by the Victorian Government,
1 Treasury Place, Melbourne.

© State of Victoria, July 2016 (1607016)

Chickenpox (Varicella) vaccine consent form

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given**.
Detach the form and return it to school.

Student details

Medicare number 1234 98765 7 3 (Number beside child's name)

Surname: CITIZEN

First name: MARK

Residential address: 20 BLOCK STREET MELBOURNE

Postcode: 3000

Date of birth: 31 / 05 / 2004

Sex: ☐ Female ☒ Male

School: BLOCK HIGH SCHOOL

Homegroup: 7A

Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (please tick)

☒ No ☐ Aboriginal ☐ Torres Strait Islander ☐ Aboriginal and Torres Strait Islander

Parent/guardian contact details

Surname: CITIZEN

First name: SANDRA

Email: parentorguardian@internetprovider.com

Daytime phone number: 9123 4567

Mobile: 0404 123 456

Parent/guardian, please sign if you agree to your child receiving chickenpox vaccine at school.

I have read and understand the information given to me about vaccination, including the risks of disease and side effects of the vaccine. I understand that I am giving consent for a dose of chickenpox vaccine to be administered. I have been given the opportunity to discuss the vaccine with an immunisation provider. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place.

☐ YES, I CONSENT to chickenpox vaccination (please tick)

I am authorised to give consent for the above child to be vaccinated.

Name of parent or guardian (please print):

Parent/guardian signature: _____

Date: / /

OR if the vaccine is not to be given at school:

☒ No I do not consent to the chickenpox vaccination.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with chickenpox vaccine at this time.

Parent/guardian signature: _____

Date: / /

Privacy statement: The Year 7 Secondary School Vaccine Program is funded by the Australian and Victorian governments and delivered by local councils. Under the Public Health and Wellbeing Act 2008 local councils are responsible for coordinating and providing immunisation services to children being educated within the municipal district. Local councils are committed to protecting the privacy, confidentiality and security of personal information, in accordance with the Privacy and Data Protection Act 2004 and the Health Records Act 2001.

Local councils report all adolescent vaccines given through school programs to the Australian School Vaccination Register (ASVR). Personal identifying details will be kept confidential. This will provide tools such as recall and reminder systems to improve adolescent vaccination rates. This is important to improve immunisation rates overall. Individuals will have access to their record of all vaccines recorded in the Australian Immunisation Register and the ASVR. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Year 7 Secondary School Vaccine Program. This information does not identify any individual.

Information related to you or your child will be used or disclosed for purposes directly related to your child's immunisation, and in ways that you would reasonably expect. This may include the transfer or exchange of relevant information to your GP, to your child's GP to another treating health service or hospital or another local council. The local council may provide you with information related to the school vaccine program via SMS or email. You can access your child's data by contacting the local council where your child attends school.

Office use only:

Date dose given: _____

Nurse initials: _____

Chickenpox (Varicella) vaccine consent form

Recommended for children in Year 7 of secondary school

Please read the information.

Complete the form **even if the vaccine is not to be given**.

Detach the form and return it to school.

Student details

Medicare number (Number beside child's name)

Surname: _____ First name: _____

Residential address: _____

Postcode: _____ Date of birth: / / Sex: ☐ Female ☐ Male

School: _____ Homegroup: _____

Is this person of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (please tick)

☐ No ☐ Aboriginal ☐ Torres Strait Islander ☐ Aboriginal and Torres Strait Islander

Parent/guardian contact details

Surname: _____ First name: _____

Email: _____

Daytime phone number: _____ Mobile: _____

Parent/guardian, please sign if you agree to your child receiving chickenpox vaccine at school.

I have read and understand the information given to me about vaccination, including the risks of disease and side effects of the vaccine. I understand that I am giving consent for a dose of chickenpox vaccine to be administered. I have been given the opportunity to discuss the vaccine with an immunisation provider. I understand that consent can be withdrawn at any time before vaccination takes place.

☐ **YES, I CONSENT to chickenpox vaccination (please tick)**

I am authorised to give consent for the above child to be vaccinated.

Name of parent or guardian (please print): _____

Parent/guardian signature: _____ Date: / /

OR if the vaccine is not to be given at school:

No I do not consent to the chickenpox vaccination.

After reading the information provided, I do not wish to have my child vaccinated with chickenpox vaccine at this time.

Parent/guardian signature: _____ Date: / /

Privacy statement. The Year 7 Secondary School Vaccine Program is funded by the Australian and Victorian governments and delivered by local councils. Under the *Public Health and Wellbeing Act 2008*, local councils are responsible for coordinating and providing immunisation services to children being educated within the municipal district. Local councils are committed to protecting the privacy, confidentiality and security of personal information, in accordance with the *Privacy and Data Protection Act 2014* and the *Health Records Act 2001*.

Local councils report all adolescent vaccines given through school programs to the Australian School Vaccination Register (ASVR). Personal identifying details will be kept confidential. This will provide tools such as recall and reminder systems to improve adolescent vaccination rates. This is important to improve immunisation rates overall. Individuals will have access to their record of all vaccines recorded in the Australian Immunisation Register and the ASVR. Aggregate immunisation data may be disclosed to the Victorian government for the purpose of monitoring, funding and improving the Year 7 Secondary School Vaccine Program. This information does not identify any individual.

Information related to you or your child will be used or disclosed for purposes directly related to your child's immunisation, and in ways that you would reasonably expect. This may include the transfer or exchange of relevant information to your GP, to your child's GP, to another treating health service or hospital or another local council. The local council may provide you with information related to the school vaccine program via SMS or email. You can access your child's data by contacting the local council where your child attends school.

Office use only:

Date dose given: _____ Nurse initials: _____