

# පැපොල (වැරිසෙල්ලා) එන්නත

ද්විතියික පාසලේ 7 වසර සිසුන් සඳහා නිර්දේශිතයි.

කරුණාකර තොරතුරු කියවන්න.

එන්නත ලබා නොගන්නා වුවද පෝරමය පුරවන්න.

පෝරමය වෙත කර පාසලට ආපසු එවන්න.

- **ඔබේ දරුවාට පැපොල එන්නත අවශ්‍යද?** වැඩි තොරතුරු සඳහා පහත බලන්න.
- මෙම එන්නත් වැඩිපටහන පිහිටි ප්‍රදේශයේ කවුන්සලය ලෙදීම පාසලට පැමිණෙනු ඇත.
- මේ වසරේදී පාසලෙන්, වෛද්‍යවරයාගෙන් හෝ ප්‍රාදේශීය කවුන්සලයේ ප්‍රතිශක්තිකරණ සේවය මගින් නොමිලේ එන්නත ලබා ගත හැකිය.
- ඔබේ දරුවාට එන්නත ලබා දීමට පෙර පූර්ව එන්නත් පිරික්සුම් ලැයිස්තුව කියවා, යම් සෞඛ්‍ය ප්‍රශ්නයක් ඇත්නම් ඒ ගැන ඔබේ එන්නත් ලබා දෙන්නා සමඟ සාකච්ඡා කරන්න.
- වෙන වෙනත් රෝග සඳහා එකම දවසේදී ඔබේ දරුවාට එන්නත් එකකට වඩා අවශ්‍ය වන්නට පුළුවන. මෙමගින් ඔබේ දරුවාට එන්නත නිසා හටගත හැකි අතුරු එල වැඩි නොවේ.
- ඔබේ දරුවාට එන්නත් ලබා නොදෙන්නේ වුවද, ඔබ අනුමත පෝරමය පාසලට ආපසු එවිය යුතුය. මෙය වැඩි දියුණු සෞඛ්‍ය සේවා සැලසීමට උපකාරී වේ.

## ඔබේ දරුවාට පැපොල එන්නත ලබාදීම අවශ්‍යද?

**මගේ දරුවාට පැපොල එන්නත ලබා දී ඇත. මම කල යුත්තේ කුමක්ද?**

ඔබේ දරුවාට පැපොල එන්නත ලබා දී ඇති බව ඔබට නිශ්චිත නම්, එන්නත ලබා දීම අවශ්‍ය නැත. එසේ වුවද පැපොල ආසාදනය මින් පෙර වැළඳී ඇති දරුවන්ට මෙම එන්නත ආරක්‍ෂාකාරීව ලබා දීමට හැකිය.

**මගේ දරුවාට පැපොල එන්නත ලබා දී ඇත්ද යන්න ගැන මට නිශ්චිත නැත. මම කල යුත්තේ කුමක්ද?**

ඔබේ දරුවාට පැපොල එන්නත ලබා දිය යුතුයි.

**මගේ දරුවාට එක් පැපොල එන්නතක් ලබා දී ඇත. දැන් දෙවන එන්නතක් ලබා දිය යුතුද?**

ඔව්. පැපොල එන්නත මාත්‍රා දෙකක් ලබා දීමෙන් වැඩි ආරක්‍ෂාවක් ලැබෙන අතර පසු කාලයක පැපොල හටගැනීමේ අවදානම අඩු කෙරේ.

**මගේ දරුවා පැපොල එන්නත එක් වරක් ලබා ඇති අතර පැපොල ආසාදනය වැළඳී ඇත. මම කල යුත්තේ කුමක්ද?**

ඔබේ දරුවාට පැපොල ආසාදනය මින් පෙර වැළඳී ඇති බව ඔබට නිශ්චිත නම්, එන්නත ලබා දීම අවශ්‍ය නැත. එසේ වුවද පැපොල ආසාදනය මින් පෙර වැළඳී ඇති දරුවන්ට මෙම එන්නත ආරක්‍ෂාකාරීව ලබා දීමට හැකිය.

## පැපොල රෝගය

වැරිසෙල්ලා සොස්ටර් වෛරසය මගින් ඇතිකරන පැපොල යුතා පහසුවෙන් බෝවෙන ආසාදනයකි. පැපොල පැතිරෙන්නේ කැස්ස සහ කිවිසුම් වලින් සහ දළවල ඇති බිබිලි වලින් පිටවන දියර සමඟ කෙලින්ම ඇතිවන ස්පර්ශය මගිනි.

මෙය සාමාන්‍යයෙන් නිරෝගී ළමුන් අතර මතුවන කෙටි කාලයක් පවතින මෘදු ආසාදනයකි; පැපොල සමහර අවස්ථාවල සමේ කැළැල් හටගන්නා බැක්ටීරියා ආසාදන, නියුමෝනියාව හෝ මොළයේ ප්‍රදාහය ආදී දරුණු රෝග බවට වර්ධනය වේ. වැඩිහිටියන් හට පැපොල වැළඳුන විට සාමාන්‍යයෙන් වඩා දරුණු රෝග ලක්ෂණ මතුවේ. ගර්භනී අවස්ථාවේ වැළඳුනහොත් නූපත් බිඳීදකුට වුවද පැපොල අවදානම් සහිත විය හැකිය. පැපොල මගින් සියලුම වයස්වල අයට දරුණු රෝග ඇති කිරීමට සහ මරණය සිදු කිරීමටද ඉඩ තිබේ.

පැපොලේ බීජෝෂණ කාලය දින 10 සිට 21 දක්වා වන අතර, ආරම්භයේදී දදයක් හෝ රතු පැල්ලම් මතු වී පැය කිහිපයක් තුළදී බිබිලි බවට හැරීම සිදු වේ. සාමාන්‍යයෙන් පැල්ලම් මතු වන්නේ කදේ, මුහුණේ සහ ශරීරයේ වෙනත් කොටස් වලය. පැපොල ආසාදිත බොහෝ දෙනෙකුට උණ සහ අසනීප ගතිය සහ දරුණු ලෙස කැසීම ඇති වේ.

පෙර කවරදාකවත් පැපොල වැළඳී නැති අයෙකුට එය බෝවිය හැක. එන්නත් වැඩිපටහන පටන් ගැනීමට පෙර, 75%ක් පමණ දෙනෙකුට වයස අවුරුදු 12 ට කලින් පැපොල බෝවිය.





# පැපොල (වැරිසෙල්ලා) එන්නත අනුමැති පෝරමය

ද්විතියික පාසලේ 7 වසර සිසුන් සඳහා නිර්දේශිතයි.

කරුණාකර තොරතුරු කියවන්න. එන්නත ලබා නොගන්නා වුවද පෝරමය පුරවන්න.

පෝරමය වෙත කර පාසලට ආපසු එවන්න

## ශිෂ්‍යයාගේ විස්තර

මෙහිකෙසේ අංකය :         (ලගඟගේ නම අසල ඇති අංකය)

වාසගම/පෙළපත් නම

පළමු නම:

පදිංචි ලිපිනය

උපන් දිනය:

උපන් දිනය: / /

ස්ත්‍රී පුරුෂ බව: ☐ ස්ත්‍රී ☐ පුරුෂ

පාසල:

Homegroup:

මෙම පුද්ගලයා ආදිවාසී හෝ වාරික දූපත් ප්‍රභවයක් ඇති කෙනෙක්ද? (කරුණාකර හරි ලකුණක් යොදන්න)

☐ නැත ☐ ආදිවාසී ☐ වාරික දූපත් වාසී ☐ ආදිවාසී සහ වාරික දූපත් ප්‍රභවය

## දෙමාපිය/භාරකාර ඇමතුම් විස්තර

පෙළපත් නම:

පළමු නම:

ඊ මේද:

දිවා කාලයේ දුරකථන අංකය:

ජංගම:

## දෙමාපිය/භාරකාරවරුන්, ඔබේ දරුවාට පාසලේදී පැපොල එන්නත ලබා දීමට ඔබ කැමතිනම් කරුණාකර අත්සන් කරන්න.

එන්නතෙන් ඇතිවිය හැකි රෝග අවදානම සහ අතුරු එළද ඇතුළුව, එන්නත ගැන මට ලබා දුන් තොරතුරු කියවා තේරුම් ගත්තෙමි. එන්නත් මාත්‍රාවක් ලබාදීම සඳහා මගේ අනුමැතිය ලබා දෙන බව තේරුම් ගතිමි. එන්නත ගැන ප්‍රතිශක්තිකරණ සපයන්නෙක් සමඟ සාකච්ඡා කිරීමට මට අවස්ථාව ලබා දෙන ලදී. එන්නත ලබා දීමට පෙර ඕනෑම වේලාවක මට මගේ අනුමැතිය ඉල්ලා අස්කර ගැනීමට ප්‍රථමත් බව මම තේරුම් ගතිමි.

☐ ඔව්, මම පැපොල එන්නතට අනුමැතිය දෙමි. (කරුණාකර හරි ලකුණක් යොදන්න)

ඉහත කී දරුවා එන්නත් කිරීමට අනුමැතිය දීමට මට බලය ඇත.

දෙමාපිය හෝ භාරකරුගේ නම (කරුණාකර ලියන්න) :

දෙමාපිය/භාරකරුගේ අත්සන:

දිනය: / /

එසේ නැතහොත්, එන්නත පාසලේදී නොදිය යුතුනම් :

නැත. මම පැපොල එන්නතට අනුමැතිය නොදෙන්නෙමි.

ලබාදුන් තොරතුරු කියවා බැලීමෙන් පසුව, මේ අවස්ථාවේ මම මගේ දරුවාට පැපොල එන්නත ලබා නොදීමට අදහස් කරමි.

දෙමාපිය/භාරකරුගේ අත්සන:

දිනය: / /

**පෞද්ගලිකත්ව ප්‍රකාශනය.** ද්විතියික පාසලේ 7 වසරේ එන්නත් වැඩසටහන සඳහා අරමුදල් ඔස්ට්‍රේලියානු සහ චික්වොරියානු ආණ්ඩු මගින් සපයා ඇති අතර එන්නත් ලබා දෙනුයේ ප්‍රාදේශීය කවුන්සල මගිනි. 2008 මහජන සෞඛ්‍ය සහ සාධන පනත (Public Health and Wellbeing Act 2008) යටතේ අදාළ නාගරික දිස්ත්‍රික්ක තුළ ඉගෙනීම ලබන ළමුන් සඳහා ප්‍රතිශක්තිකරණ සේවා සම්බන්ධීකරනය කිරීමේ සහ ලබාදීමේ වගකීම කවුන්සල සතු වේ. 2014 පෞද්ගලිකත්ව සහ දත්ත ආරක්ෂා කිරීමේ පනත (Privacy and Data Protection Act 2014 සහ 2001 සෞඛ්‍ය වාර්තා පනත (Health Records Act 2001) අනුකූලව, පුද්ගලික තොරතුරු වල පෞද්ගලිකභාවය, රහස්‍යභාවය සහ ආරක්ෂාව රැක බලාගැනීමට කවුන්සල කැපවී සිටී.

පාසල වැඩසටහන් මගින් ලබා දෙන සියළුම නවයොවුන් එන්නත් ප්‍රාදේශීය කවුන්සල විසින් ඔස්ට්‍රේලියානු පාසල් එන්නත් ලේඛනය {Australian School Vaccination Register (ASVR)} වෙත වාර්තා කරනු ලැබේ. පුද්ගලයන්ගේ අනන්‍යතාවය පිළිබඳ විස්තර රහස්‍යභාවය තබාගනු ලැබේ. මෙම තොරතුරු, යළි කැඳවීම සහ මතක් කිරීම මගින් නවයොවුන් එන්නත් ප්‍රතිඵල වැඩිදියුණු කිරීමට යොදා ගනු ලැබේ. සමස්ත ප්‍රතිශක්තිකරණ ප්‍රතිභවය දියුණු කිරීමට මෙය වැදගත් වේ. ඔස්ට්‍රේලියානු ප්‍රතිශක්තිකරණ ලේඛනයේ (Australian Immunisation Register ) සහ ASVR හි වාර්තා කර ඇති තමන් පිළිබඳ සියළුම විස්තර බැලීමට පුද්ගලයන්ට ප්‍රථම. ද්විතියික පාසලේ 7 වසරේ එන්නත් වැඩසටහන අධීක්ෂණය, ප්‍රතිපාදනය සහ වැඩිදියුණු කිරීම සඳහා රාශිභූත ප්‍රතිශක්තිකරණ දත්ත වික්වොරියානු රජයට සපයනු ඇත. මෙම තොරතුරු පුද්ගලයාගේ අනන්‍යතාවය එළිදරව් නොකරයි.

ඔබ සහ ඔබේ ළමයා සම්බන්ධ තොරතුරු, ඔබ සාධාරණ ලෙස බලාපොරොත්තු වන පරිදි, ඔබේ ළමයාගේ ප්‍රතිශක්තිකරණය සමඟ සෘජුව සම්බන්ධ කරනු සඳහා භාවිතා හෝ එළිදරව් කරනු ලැබේ. ඔබේ, ඔබේ ළමයාගේ හෝ ප්‍රතිකාර සපයන වෙනත් සෞඛ්‍ය සේවයක් හෝ රෝහලක් වෙත/සමඟ තොරතුරු මාරු කිරීම හෝ භූමිමාරු කරගැනීම මීට අයිති විය හැකිය. පාසල ප්‍රතිශක්තිකරණ වැඩසටහන ගැන තොරතුරු, ප්‍රාදේශීය කවුන්සලය විසින් ඔබ වෙත SMS හෝ ඊමේල් හරහා එවීමට ඉඩ ඇත. ඔබේ ළමයා යන පාසල තිබෙන ප්‍රදේශයේ කවුන්සලය අමතා ඔබේ ළමයාගේ දත්ත ඔබට බලාගැනීමට ප්‍රථම.

කාර්යාල භාවිතය සඳහා පමණි:

මාත්‍රාව ලබාදුන් දිනය:

හෙදියාගේ කෙටිසන :

# 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](http://www.betterhealth.vic.gov.au)

[immunehero.health.vic.gov.au](http://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](mailto: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: \_\_\_\_\_