

敬啟者：

因海傍衛生中心學校保健組將派醫護人員到本校為小六學生進行 2024~2025 年度學童保健工作：

1) 到校為小六學生集體接種常規疫苗：

Tdap 三合一疫苗（減量白喉/破傷風/減量去細胞百日咳混合疫苗）。

2) 學校保健組護士將按照學生個人疫苗接種紀錄按需要補種計劃內其他疫苗。

請 貴家長注意下列事項：

1. 請家長自行決定子女是否參加在本校集體接種上述疫苗。
2. 由於部分人士對該疫苗有不良的副作用及禁忌症，請家長先向醫生查詢 貴子弟是否適合接種該疫苗。回執請於 9 月 20 日前交回班主任老師統籌，多謝合作。

此致

貴家長

培道中學小學部

2024 年 9 月 17 日

集體常規疫苗家長回執：

班級：_____ 姓名：_____ 學號：_____

本人 ☐ 同意上述子女參加在學校集體接種常規疫苗。

本人 ☐ 不同意上述子女參加在學校集體接種常規疫苗。稍後將獲衛生中心發回條通知後，自行帶同子女到海傍衛生中心進行上述事宜。

本人 ☐ 不同意上述子女參加在學校集體接種常規疫苗。因為本人拒絕子女接種常規疫苗，稍後將簽署《拒絕為子女被代理人接種疫苗聲明書》。

家長簽名：_____

（請按身份證文件的簽署式樣）

2024 年 9 月 日