

School District of Philadelphia (Distrito Escolar de Filadélfia)

Escola/School Name: \_\_\_\_\_

**AVISO DE EXCLUSÃO DA ESCOLA**  
**NOTICE OF EXCLUSION FROM SCHOOL**

Vacinação não atualizada  
Immunization Non-Compliant

Nome do aluno/Student Name: \_\_\_\_\_

No. da sala/Room #: \_\_\_\_\_

Data de vigor/Effective Date: \_\_\_\_\_

Prezados pais/responsável:

A caderneta de vacinas do seu filho/sua filha matriculado(a) na (Escola) \_\_\_\_\_ (*School Name*) não está em conformidade com os regulamentos municipais e estaduais. **Se a situação de imunização do seu filho/sua filha não for atualizada, a criança poderá ser excluída da escola a partir da data acima mencionada. Depois de excluída, a criança só poderá ser readmitida quando as informações solicitadas forem fornecidas.** As páginas em anexo mostram o quadro de vacinação atual do seu filho/sua filha. **Forneça o mais rápido possível, e diretamente para a enfermeira da escola, o documento escrito comprovando a vacinação para evitar que a criança seja excluída.**

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Diretor(a)/Principal

\_\_\_\_\_  
Enfermeira da escola/School Nurse

Prezados pais/responsável de/Dear Parent/Guardian of \_\_\_\_\_

Sala/Room \_\_\_\_\_

A ficha escolar do seu filho/sua filha indica que ele/ela precisa tomar as vacinas abaixo relacionadas. Forneça comprovantes de que a criança recebeu a(s) vacina(s), ou seu filho/sua filha será excluído(a) da escola.

(Vacina) \_\_\_\_\_: COMPLETA INCOMPLETA – DOSES NECESSÁRIAS \_\_\_\_\_  
(Vaccine) (Complete) (Incomplete-Doses needed)

(Vacina) \_\_\_\_\_: COMPLETA INCOMPLETA – DOSES NECESSÁRIAS \_\_\_\_\_

Se tiver alguma pergunta, para entrar em contato comigo use \_\_\_\_\_ (phone number)  
Agradeço sua colaboração.

\_\_\_\_\_  
Enfermeira da escola/School Nurse