

ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ ФИЛАДЕЛЬФИИ  
СЛУЖБА ПОДДЕРЖКИ УЧАЩИХСЯ  
440 NORTH BROAD STREET  
PHILADELPHIA, PA 19130

KARYN LYNCH  
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА

ТЕЛЕФОН (215) 400-4180  
ФАКС (215) 400-4181

Заявление о намерении сделать прививки

If a child does not have all the doses or needs additional doses, and a medical plan (red and white card) obtained from the doctor's office cannot be provided immediately, please fill out the form below and submit it within the first five days of school for obtaining the required immunizations:  
Если ребенок не имеет всех необходимых прививок или нуждается в дополнительных дозах, а медицинская карточка (красно-белая), полученная от врача, не может быть предоставлена немедленно, пожалуйста, заполните форму о намерении сделать прививки и сдайте ее в школу в течение первых пяти дней занятий:

Я, \_\_\_\_\_, назначил для моего ребёнка \_\_\_\_\_  
(Имя родителя/опекуна) (Имя ребёнка)

получение необходимых прививок \_\_\_\_\_.  
(Дата визита к врачу)

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Дата