

T.C.  
ERGANİ KAYMAKAMLIĞI  
Toplum Sağlığı Merkezi

SAYI:78815411/ 793  
KONU: Okul aşıları Hakkında

16.11.2015

ERGANİ MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ'NE  
( Sağlık İşleri Şubesine )

İlçemiz Toplum Sağlığı Merkezimizce yürütülmekte olan okul çağrı aşılama çalışmalarının yapılması için İlçe Milli Eğitim Müdürlüğünüz bünyesinde bulunan tüm okulların (İlk Öğretim,Orta Öğretim ve Ana Sınıfı) 21.11.2015 tarihine kadar öğrenci velilerinden aşı yaptırmak isteyip, istemediklerine dair ekte gönderilen onay formunun doldurulması ve 21.11.2015 tarihinden sonra aşı uygulaması amacıyla gelecek olan sağlık ekiplerine onay formunun teslim edilmesi hususunda;

Gereğini önemle arz ederim.

Dr. Seyit Harun KAĞAR  
TSM Başkanı



EKİ: 2 Adet Form

T.C. ERGANİ KAYMAKAMLIĞI İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü	
Gelen Evrakın Tarihi	
Sayısı	1171800A
Bölümü	

NOT:Keçanevre ortaokulu,İsmetpaşa ortaokulu,Sezai Karakoç imamhatip Ortaokulu,Sezai Karakoç Ortaokulu,Cumhuriyet ortaokulu ve Namıkkemal İmamhatip ortaokulunun aşı çalışmaları tamamlanmış olup bilgilendirme formu gönderilmesine gerek yoktur.

DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

2015-2016 EĞİTİM ÖĞRETİM DÖNEMİ OKUL AŞILAMALAR

ANASINIFI VE 1. SINIF VELİ BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Veli;

2015-2016 Eğitim Öğretim döneminde okul aşılama kapsamında aşı ekiplerimizce aşağıdaki aşılama uygulanacaktır.

Anasınıf öğrencilerine KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) Aşısı,  
1. Sınıf öğrencilerine KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) Aşısı ve DaBT-İPA  
(Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio) Aşısı yapılacaktır

Çocuğunuza 1 yaşından sonraki dönemde KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) Aşısı yapıldı mı?

Evet  Hayır  Hatırlamıyorum

Çocuğunuza bu aşılama yapılmasını istiyor musunuz?

Evet  Hayır

Çocuğunuzun anafeksi öyküsü, kronik bir hastalığı ve/veya sürekli kullandığı ilaç/ilaçları var mı?

Evet  Hayır

Varsa belirtiniz: .....

İginize teşekkür ederiz.

Öğrenci Adı Soyadı:

TC Kimlik No :

Sınıfı :

Okul Adı :

Tarih :

Konu ile ilgili bilgilendirildim.

Veli Adı Soyadı ve İmza:

**DİYARBAKIR HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ**  
**2015-2016 EĞİTİM ÖĞRETİM DÖNEMİ OKUL AŞILAMALARI**  
**8. SINIF VELİ BİLGİLENDİRME FORMU**

Sayın Veli,

Çocuğunuza 2015-2016 Eğitim Öğretim Yılı'nda aşı ekiplerimizce okul aşılı kapsamında: **Td (Tetanoz, Difteri) Aşısı** yapılacaktır.

Çocuğunuza Td aşısının yapılmasını istiyor musunuz?

Evet  Hayır

Çocuğunuzun anafeksi öyküsü, kronik bir hastalığı ve/veya sürekli kullandığı ilaç/ilaçları var mı?

Evet  Hayır

Varsa belirtiniz: .....

İlginize teşekkür ederiz.

Öğrenci Adı Soyadı :

TC Kimlik No :

Sınıfı :

Okul Adı :

Tarih :

Konu ile ilgili bilgilendirildim.  
Veli Adı Soyadı ve İmza: