

بيان التحقق من الإقامة

اسم الطالب: _____ المدرسة: _____ الصف: _____

العنوان: _____ المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

مرحبًا بكم في منطقة إدموندز التعليمية. من أجل التحقق من الإقامة داخل المنطقة، يجب تقديم وثيقة حالية واحدة من القائمة التالية. يجب أن يكون المستند مؤرخًا خلال السنتين يومًا الماضية مع إظهار اسم ولي الأمر / الوصي والعنوان (أرقام صندوق البريد غير مقبولة كعنوان سكني).

- ☐ أوراق الضمان أو دفتر أو بيان الرهن
- ☐ بيان تأمين السكن
- ☐ عقد إيجار / مع إيصال إيجار حالي
- ☐ فاتورة غاز أو كهرباء
- ☐ فاتورة الماء
- ☐ فاتورة قمامة
- ☐ فواتير كابل التلفزيون والانترنت
- ☐ فاتورة الهاتف لخط أرضي على العنوان المذكور
- ☐ وثائق أخرى معتمدة من المدرسة
- ☐ إذا كنت جزءًا من برنامج سرية العنوان بولاية واشنطن **Washington State Address Confidentiality Program**، فإن الوثائق الرسمية من برنامج سرية العنوان تفيد بأن مدرسة منطقة الحضور تفي بمتطلبات إثبات الإقامة في منطقة إدموندز التعليمية. يجب عليك تقديم خطاب مجدد إلى المدرسة كل عام.
- ☐ التحقق من السكن مع _____ . يجب إكمال **P-110 Affidavit of Residency Form** ، متاح عند الطلب في المدرسة

ذا لم تتمكن من تقديم أي من الوثائق المذكورة أعلاه، فيرجى الاتصال بالمدرسة لمناقشة ظروفك ومناقشة الخطوات التالية.
يرجى ذكر أسماء الطلاب الإضافيين في هذا العنوان الذين يلتحقون في أي من مدارس منطقة إدموند التعليمية

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____

الطالب: _____ المدرسة: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____

أقر بأن الطالب (الطلاب) المذكورين أعلاه يقيمون في العنوان الموضح في إحدى المستندات المشار إليها أعلاه والمرفقة بحزمة التسجيل هذه. سأقوم بإخطار المدرسة في غضون أسبوعين من تغييرات الإقامة وأوافق على تقديم إثبات جديد للإقامة وبيان موقع عليه محدث في ذلك الوقت. إذا انتقلت إلى خارج حدود المنطقة التعليمية، فأنا أفهم أنه يجب تقديم تصريح الحضور بين المناطق من أجل طلب استمرار الحضور لهذا الطالب.

تزوير أي معلومات أو وثيقة مطلوبة للتحقق من الإقامة، أو استخدام عنوان شخص آخر بدون الإقامة هناك بالفعل، قد يؤدي إلى إلغاء تسجيل الطالب في منطقة إدموندز التعليمية (راجع السياسة رقم 3131).

اسم الوالد/ الوصي المطبوع: _____
توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

For Office Use Only: Current Student – Recently Moved has NEW Address

Student(s) Request:

Transfer to new school assigned to address: ☐ Immediately or ☐ Date: _____

Continue to attend current school through Grade 6____ Grade 8____ Grade 12____
(Students will not be approved to remain in path, must apply for school change when changing schools)

School: Email a copy of this form to Kari McGie (elementary) or Leslie Anderson (secondary)



Complete this form ONLY IF your housing situation is transitional or unstable.
If you own, rent, or lease your home, please DO NOT complete this form.

Completa este formulario SOLAMENTE SI su situación de vivienda es transitoria o inestable.
Si es propietario, alquila o arrienda su hogar, NO complete este formulario.

Điền vào mẫu này CHỈ KHI tình trạng nhà ở của bạn là chuyển tiếp hoặc không ổn định.
Nếu bạn đang sở hữu, thuê hoặc cho thuê nhà, vui lòng KHÔNG điền vào mẫu này.

”برجاء ملئ هذا النموذج فقط إذا كان وضعك السكني انتقالي أو غير مستقر.

اما إذا كنت مالك منزل أو تاجر أو مستأجر، فيرجى عدم ملئ هذا النموذج“

The answers to the following questions can help determine the services this student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. The McKinney-Vento Act provides services and supports for children and youth experiencing homelessness. (Please see reverse side for more information.)

If you do not own/rent your own home, please check all that apply below. (Return this form to your school. If you need assistance, please contact the District Homeless Liaison (contact information can be found at the bottom of the page).)

- ☐ In a motel
- ☐ In a shelter
- ☐ Moving from place to place/couch surfing
- ☐ In someone else's house or apartment with another family
- ☐ In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity, etc.)
- ☐ A car, park, campsite, or similar location
- ☐ Transitional Housing
- ☐ Other _____

Student 1:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F
Student 2:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F
Student 3:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F
Student 4:	Grade:	Birthdate: / /	Gender: ☐ M ☐ F

Name of school(s): _____

- ☐ Student is unaccompanied (not living with a parent or legal guardian)
- ☐ Student is living with a parent or legal guardian

Students require transportation to/from school: ☐ Yes ☐ No

ADDRESS OF CURRENT RESIDENCE: _____

PHONE NUMBER OR CONTACT NUMBER: _____ NAME OF CONTACT: _____

Print name of parent(s)/legal guardian(s): _____
(Or unaccompanied youth)

*Signature of parent/legal guardian: _____ Date: _____
(Or unaccompanied youth)

*I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the information provided here is true and correct.

Please return completed form to your school. School will scan info to the District Homeless Liaison

For District Homeless Liaison Only: For data collection purposes and student information system coding

- ☐ (N) Not Homeless
- ☐ (A) Shelters
- ☐ (B) Doubled-Up
- ☐ (C) Unsheltered
- ☐ (D) Hotels/Motels
- ☐ (E) Unaccompanied Youth

McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435
SEC. 725. DEFINITIONS.

For purposes of this subtitle:

(1) The terms enroll' and enrollment' include attending classes and participating fully in school activities.

(2) The term homeless children and youths' —

(A) means individuals who lack a fixed, regular, and adequate nighttime residence (within the meaning of section 103(a)(1)); and

(B) includes —

(i) children and youths who are sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason; are living in motels, hotels, trailer parks, or camping grounds due to the lack of alternative adequate accommodations; are living in emergency or transitional shelters; are abandoned in hospitals;

(ii) children and youths who have a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings (within the meaning of section 103(a)(2)(C));

(iii) children and youths who are living in cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings; and

(iv) migratory children (as such term is defined in section 1309 of the Elementary and Secondary Education Act of 1965) who qualify as homeless for the purposes of this subtitle because the children are living in circumstances described in clauses (i) through (iii).

(6) The term unaccompanied youth' includes a youth not in the physical custody of a parent or guardian.

Additional Resources

Parent information and resources can be found at the following:

http://center.serve.org/nche/ibt/parent_res.php

<http://naehcy.org/educational-resources/naehcy-publications>

<http://www.schoolhouseconnection.org/>



Edmonds
SCHOOL DISTRICT

Each student learning, every day!

خدمات الطالب

20420 68th Ave. W., Lynnwood, WA 98036
425-431-7000 Office 425-431-7339 Fax
www.edmonds.wednet.edu

HS-534AR
خطاب التسجيل الصحي للطالب

Serving the communities and students of Brier, Edmonds, Lynnwood, Mountlake Terrace, Woodway, and portions of Snohomish County

الغرض من إرسال هذه الرسالة هو جمع معلومات حول الطلاب الذين لديهم احتياجات صحية. يرجى ملء النموذج، " - Student Health Registration HS 534"، سواء كان لدى طفلك احتياجات طبية قد تتطلب رعاية يومية أو طارئة أم لا للحفاظ على صحته وأمانه. بصفتكم أولياء أمور/ أوصياء، من المهم أن تكونوا على دراية بما هو مطلوب بموجب القانون قبل أن يتمكن الطالب من بدء الدراسة.

الحالات الصحية المزمنة

- إذا كان طفلك يعاني من حالة تهدد حياته من شأنها أن تعرض الطالب لخطر الموت أثناء اليوم الدراسي إذا لم يكن هناك دواء أو علاج؛ الرجاء إبلاغ ممرضة المدرسة.
- يُطلب من الطلاب الذين يعانون من ظروف خطيرة الحصول على دواء وأمر علاج من مقدم رعاية صحية مرخص وخطة رعاية مدرسية قبل بدء الدراسة.
- قدم التغييرات اللازمة التي تحدث خلال العام الدراسي، سواء بأرقام الاتصال أو الحالة الصحية لطفلك (per RCW 28.A.210.320).

إدارة الدواء

- يجب إرسال الدواء في الحاوية الأصلية إذا كان دواء بدون وصفة طبية.
- إذا كان الدواء موصوفًا، فيجب أن تكون العبوة موصوفة جيدًا وأن تكون في الحاوية الأصلية.
- يرجى التحقق من تواريخ انتهاء الصلاحية. لا يسمح لموظفي المدرسة بإعطاء الأدوية منتهية الصلاحية.
- مطلوب استمارة الموافقة على الدواء لأي دواء يتم تقديمه في المدرسة. مطلوب توافيق من أحد الوالدين / الوصي ومقدم الرعاية الصحية للطلاب للحصول على أي دواء يتم تقديمه في المدرسة. وهذا يشمل الوصفات الطبية والأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية.
- تقبل الموافقات المرسلة بالفاكس من الوالدين و / أو الأطباء.

يمكن الاطلاع على سياسة دواء ادموندز على موقع منطقة ادموندز التعليمية على الويب تحت School Board Policies and Procedures.

إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف، يرجى الاتصال بممرضة المدرسة.

مع خالص التقدير،
فريق الخدمات الصحية

المدرسة: التاريخ المتوقع للبدء:

الصف	الجنس المفضل	الجنس	تاريخ الميلاد	اسم الطالب
عنوان البريد الإلكتروني	الهاتف		اسم ولي الامر/ الوصي	
اسم طبيب الاسنان الهاتف	اسم مقدم الرعاية الصحية الهاتف			

تنبيه: يجب أن تعرف المدرسة بالحالات التي تهدد الحياة (مثل الحساسية الشديدة أو الربو أو السكري أو النوبات أو غيرها من الحالات المعرضة للخطر). يتطلب ذلك وجود خطة رعاية طارئة تهدد الحياة وأدوية وإمدادات وطلبات مقدمة ضرورية قبل أن يتمكن طفلك من الذهاب إلى المدرسة (وفقاً لـ RCW 28A.210.320)

التاريخ الطبي - التوقيع مطلوب في الصفحة ٢

☐ لا يوجد حالة معروفة الحالات التي تهدد الحياة: خطة الرعاية المطلوبة EG ☐ Anaphylaxis (Epi-pen) EK ☐ مرض السكر من النوع 1 NP ☐ نوبات (مطلوب دواء طارئ) RG ☐ ربو - شديد خلقي/وراثي AH ☐ متلازمة داون AJ ☐ اضطراب طيف الكحول الجيني الدم/أمراض الدم BA ☐ فقر الدم BB ☐ الهيموفيليا BC ☐ سمة مرض فقر الدم المنجلي OJ ☐ تاريخ نزيف الأنف الحاد Cardiac / Heart CC ☐ عيب القلب عند الولادة CD ☐ نفخة قلبية الحساسية والمناعة والغدد الصماء والأبيض والتغذية ED ☐ الحساسية-الغذاء EE ☐ الحساسية- الحشرات ☐ الحساسية أخرى EL ☐ مرض السكر من نوع 2 Gastrointestinal, Dental and Oral GA ☐ سيليك GG ☐ قائمة عدم تحمل: الطعام GL ☐ عدم تحمل اللاكتوز GF ☐ البداغة GO ☐ امساك مزمن GH ☐ ارتجاع المريء GJ ☐ مرض التهاب الأمعاء GK ☐ متلازمة القولون العصبي ☐ حالة الاسنان/الفم الجهاز العضلي الهيكلي MC ☐ الروماتويد الشبابي / التهاب المفاصل مجهول السبب	الجهاز العصبي NB ☐ تشخيص ADHD/ADD NC ☐ اضطراب طيف التوحد NE ☐ الشلل الدماغي NF ☐ الإعاقة التنموية NH ☐ الصداع النصفي NI ☐ صداع، متكرر NP ☐ التاريخي ☐ الحالي ☐ اضطراب الصرع NU ☐ إصابات الدماغ الرضحية زرع أعضاء OD ☐ اذكر العضو الصحة العقلية أو السلوكية PA ☐ القلق PC ☐ الاكتئاب PH ☐ اضطرابات النوم الجهاز التنفسي / التنفس RG ☐ الربو - الحالي RH ☐ الربو - تم تشخيصه من قبل RA ☐ الربو - ممارسة الرياضة RE ☐ مرض مجرى الهواء التفاعلي البشرة SB ☐ الصدفية / التهاب الجلد التماسي / اكزيما الكلى/الكلى ذكر يرجى الاذن/السمع YA ☐ تاريخي ☐ حالي ☐ التهاب الاذن المزمن YB ☐ ضعف السمع - السماع (السماعات) غرسة القوقعة الصناعية العين/الرؤية YF ☐ يرتدى نظارات/عدسات YE ☐ عجز رؤية الألوان YD ☐ ضعف البصر أخرى حالات: _____
--	---

الأدوية / العلاجات في المدرس ☐ لا ☐ نعم (يتطلب إذنًا كتابيًا موقعًا من مقدم الرعاية الصحية)

أكمل الأوراق المطلوبة للدواء في المدرسة ☐

الحساسية

ما الذي يسبب الحساسية؟

تاریخ أحدث رد فعل تحسسي

رد فعل الحساسية:

☐ طفح جلدي ☐ انتفاخ الشفتين ، الفم ، اللسان ، الحلق ☐ صعوبة في التنفس ☐ غثيان ، تقلصات في المعدة ، قيء ، اسهال

هل تطلب رد الفعل التحسسي هذا رعاية طارئة؟ ☐ لا ☐ نعم (يرجى التوضيح): _

هل أكمل الطالب اختبار الحساسية؟ ☐ لا ☐ نعم (أين ومتى؟)

دوية الحساسية:

الاسم	الجرعة	التكرار

الربو

ما الذي يسبب أعراض الربو؟ ☐ التهاب الجهاز التنفسي ☐ حبوب اللقاح / العفن ☐ تمرين ☐ الطقس / درجة الحرارة ☐ الحيوانات ☐ الدخان

□ نوعية الهواء رديئة □ روائح / عطور قوية

تاريخ التشخيص: _____ مقدم الرعاية الصحية الذي قام بتشخيص الطالب: _____

:ادوية الربو

الاسم	الجرعة	التكرار

هل يستخدم طفلك فاصدًا / حجرة هوائية مع جهاز الاستنشاق؟ ☐ لا ☐ نعم

هل احتاج طفلك إلى المنشطات عن طريق الفم (مثل بريدنيزون)? ☐ لا ☐ نعم (متى)? _____:

هل ذهب الطالب إلى المستشفى بسبب الربو؟ ☐ لا ☐ نعم نعم (يرجى التوضيح) : _____

داء السكري

تاريخ التشخيص: _____ الدواء □ عن طريق الفم: □ انسولين (النوع)

□ جهاز الانسولين □ قلم الانسولين □ مضخة الانسولين (النوع): _____ □ CGM (النوع): _____

هل يمكن لطفاً فحص مستوى السكر في الدم (BG) بشكل مستقل؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يمكن لطفلك حساب الكروبيدات بشكل مستقل؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يستطيع طفلك حساب درجات الأنواع المختلفة من الأشكال، مستقراً؟

من يستطيع ذلك حساب جرعات الأسويين الخاصة به بشكل مستقل؟

☐ نعم ☐ لا هل يستطيع طفقك إدارة الانسولين بنفسه بشكل مستقل؟

الصراع

تاريخ النوبة الأولى: _____ تاريخ احدث نوبة: _____

معدل تكرار نشاط النوبة: ☐ مرة ☐ يوميًا ☐ أسبوعيا ☐ شهريا ☐ سنويا

نوع نوبات الصرع:

ادوية الصرع:

الاسم	الجرعة	التكرار

هل يعاني طفلك من نوبة تتطلب رعاية / دواء في حالات الطوارئ؟ ☐ لا ☐ نعم متى: _____

یرجی توضیح :

النشاط البدني / التنقل		ستوما		أجهزة طبية	
☐	كرسي متحرك	☐	فغر المعدة	☐	محفز العصب المبهم
☐	عكازات	☐	القولون	☐	مزيل رجفان القلب الداخلي الأوتوماتيكي
☐	أخرى - ادرج	☐	الرغامي	☐	منظم ضربات القلب
		☐	فغر البول	☐	أنبوب المعدة
		☐	آخر	☐	انبوب
				☐	دعامة
				☐	:عضو صناعي – ادرج
				☐	:الأجهزة الطبية الأخرى

توقيع ولي الأمر / الوصي : التاريخ :

إلى: أولياء أمور طلاب منطقة مدرسة إدموندز من: قسم الخدمات الصحية الطلابية

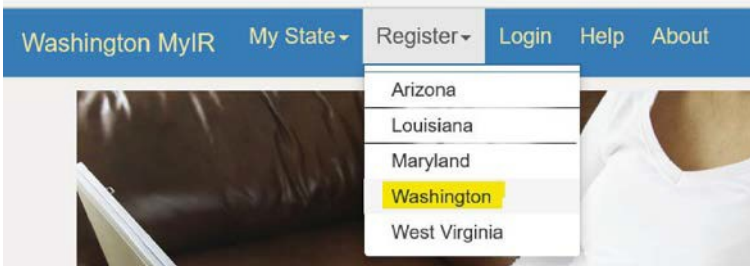
اعتباراً من 1 أغسطس 2020، تتطلب قاعدة قانون ولاية واشنطن المنقحة (RCW 28A.210.080) سجلات تحصين تم التحقق منها طبياً لدخول المدرسة. يتضمن السجل الذي تم التحقق منه طبيباً واحداً أو أكثر مما يلي:

- شهادة حالة التحصين (CIS) مطبوعة من نظام MyIR لوزارة الصحة في واشنطن أو شهادة حالة التحصين (CIS) من ولاية أخرى
- شهادة حالة التحصين (CIS) مطبوعة من نظام معلومات التحصين (IIS)
- نسخة مادية من نموذج شهادة التحصين (CIS) مع توقيع مقدم الرعاية الصحية
- نسخة مادية من شهادة حالة التحصين (CIS) مع سجلات التطعيم الطبي المصاحبة من مقدم الرعاية الصحية تم التحقق منها وتوقيعها من قبل موظفي المدرسة

المتطلبات

- شهادة مكتملة عن حالة التحصين الشهر واليوم والسنة التي أعطيت فيها كل جرعة مطلوبة من اللقاح. أو
 - إخطار المدرسة ببدء سلسلة تحصين وسيتم الانتهاء من ذلك وفقاً للجدول الزمني الموصى به لمقدم الرعاية الصحية الخاص بك. تتوفر التطعيمات من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك أو يمكنك الحصول على لقاحات من مركز الصحة المجتمعية في مقاطعة سنو هوميش. www.chcsno.org الحالة الشرطية لن تمنح للطلاب إلا إذا كانوا قد بدأوا سلسلة التحصين المطلوبة التي من المقرر أن يتلقوها. ويتعين استكمال جميع سلاسل التحصين أو البدء بها كشرط للالتحاق بالمدراس. ويجب تقديم سجل لهذه الحالة تم التحقق منه طبيباً إلى المدرسة في اليوم الأول للحضور أو قبله. أو
 - استكمال شهادة الإعفاء (C.O.E.) بالإضافة إلى شهادة التحصين يحتاج مقدم الرعاية الصحية المرخص له إلى التوقيع على شهادة الإعفاء لأحد الوالدين أو الوصي لإعفاء طفله من متطلبات التحصين المدرسي. ويتحقق التوقيع من أن مقدم الرعاية قد تحدث إلى الوالد أو الوصي بشأن فوائد ومخاطر التحصين. يمكن للوالد أو الوصي أيضاً تسليم رسالة موقعة من مقدم الرعاية الصحية تفيد بنفس المعلومات. إذا كان هناك تفشي في المدرسة لأي مرض يمكن الوقاية منه باللقاحات والذي يعفى منه طالبك، سيتم استبعاد الطالب من المدرسة طوال فترة تفشي المرض.
- طباعة شهادة Immunization من MyIR هو الخيار الأفضل للحصول على سجلات تحصين الطلاب.

إعادة حساب MyIR (وزارة الصحة في ولاية واشنطن).



تحميل وطباعة شهادة التحصين

تحديث متطلبات التحصين لوزارة الصحة في يونيو 2021:

يجب على جميع الطلاب المسجلين في مدرسة عامة اتباع قواعد التحصين، حتى لو شاركوا في مدرسة بديلة أو برنامج منطقة. وتشمل هذه البرامج المنزلية، والبرمجة المهنية أو التقنية، تشغيل البداية، وأي برنامج المدرسة الافتراضية. سيحتاج جميع الطلاب إلى الحصول على شهادة مكتملة عن حالة التحصين (CIS) و/أو شهادة إعفاء (COE) في ملف في المدرسة للمشاركة في التعليم والأنشطة المدرسية.

Parents– Are Your Kids Ready for School?

Required Immunizations for School Year 2022-2023



Instructions: To see which vaccines are required for school, find your child's grade in the first column. Look at the matching row across the page to find the amount of vaccines required for your child to enter school.

	DTaP/Tdap (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	Hepatitis B	Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> type B)	MMR (Measles, mumps rubella)	PCV (Pneumococcal Conjugate)	Polio	Varicella (Chickenpox)
Preschool Age 19 months to <4 years on 09/01/2022	4 doses DTaP	3 doses	3 or 4 doses (depending on vaccine)	1 dose	4 doses	3 doses	1 dose**
Preschool/ Transitional Kindergarten Age ≥4 years on 09/01/2022	5 doses DTaP*	3 doses	3 or 4 doses (depending on vaccine) (Not required at age ≥5 years)	2 doses	4 doses* (Not required at age ≥5 years)	4 doses	2 doses**
Kindergarten through 6th	5 doses DTaP*	3 doses	Not Required	2 doses	Not Required*	4 doses	2 doses**
7th through 9th	5 doses DTaP* Plus Tdap at age ≥10 years	3 doses	Not Required	2 doses	Not Required*	4 doses	2 doses**
10th through 12th	5 doses DTaP* Plus Tdap at age ≥7 years	3 doses	Not Required	2 doses	Not Required*	4 doses	2 doses**

*Vaccine doses may be acceptable with fewer than listed depending on when they were given. **Health care provider verification of history of chickenpox disease is also acceptable.

Students must get vaccine doses at the correct timeframes to be in compliance with school requirements. Talk to your health care provider or school staff if you have questions.

Find information on other important vaccines that are not required for school at: www.immunize.org/cdc/schedules.

To request this document in another format, call 1-800-525-0127.

Deaf or hard of hearing customers, please call 711 (Washington Relay) or email civil.rights@doh.wa.gov.

DOH 348-295 Jan 2022



Certificate of Immunization Status (CIS)

Reviewed by: _____ Date: _____
Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

Please print. See back for instructions on how to fill out this form or get it printed from the Washington State Immunization Information System.

Child's Last Name:	First Name:	Middle Initial:	Birthdate (MM/DD/YYYY):
I give permission to my child's school/child care to add immunization information into the Immunization Information System to help the school maintain my child's record.		Conditional Status Only: I acknowledge that my child is entering school/child care in conditional status. For my child to remain in school, I must provide required documentation of immunization by established deadlines. See back for guidance on conditional status.	
X _____ Parent/Guardian Signature		X _____ Parent/Guardian Signature Required if Starting in Conditional Status	
Date		Date	

▲ Required for School	● Required Child Care/Preschool	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY
Required Vaccines for School or Child Care Entry							
●▲ DTaP (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)							
▲ Tdap (Tetanus, Diphtheria, Pertussis) (grade 7+)							
●▲ DT or Td (Tetanus, Diphtheria)	DO NOT ENTER INDIVIDUAL DATES, FOLLOW THE REQUIRED ACCEPTABLE MEDICAL RECORD PROOF LISTED ON THE HS-518.						
●▲ Hepatitis B							
● Hib (Haemophilus influenzae type b)							
●▲ IPV (Polio) (any combination of IPV/OPV)							
●▲ OPV (Polio)							
●▲ MMR (Measles, Mumps, Rubella)							
● PCV/PPSV (Pneumococcal)							
●▲ Varicella (Chickenpox) ☐ History of disease verified by IIS							
Recommended Vaccines (Not Required for School or Child Care Entry)							
COVID-19							
Flu (Influenza)							
Hepatitis A							
HPV (Human Papillomavirus)							
MCV/MPSV (Meningococcal Disease types A, C, W, Y)							
MenB (Meningococcal Disease type B)							
Rotavirus							

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)		
If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.		
I certify that the child named on this CIS has: ☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease. ☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.		
☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B
☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps
☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ Varicella
☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)		
▶		
Licensed Health Care Provider Signature Date		
▶		
Printed Name		

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.	Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____ If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.
---	---

Instructions for completing the Certificate of Immunization Status (CIS): Print the from the Immunization Information System (IIS) or fill it in by hand.

To print with the immunization information filled in:

Ask if your health care provider's office enters immunizations into the WA Immunization Information System (Washington's statewide registry). If they do, ask them to print the CIS from the IIS and your child's immunization information will fill in automatically. You can also print a CIS at home by signing up and logging into MyIR at <https://wa.myir.net>. If your provider doesn't use the IIS, email or call the Department of Health to get a copy of your child's CIS: waiisrecords@doh.wa.gov or 1-866-397-0337.

To fill out the form by hand:

1. Print your child's name and birthdate, and sign your name where indicated on page one.
2. Write the date of each vaccine dose received in the date columns (as MM/DD/YY). If your child receives a combination vaccine (one shot that protects against several diseases), use the Reference Guides below to record each vaccine correctly. For example, record Pediarix under Diphtheria, Tetanus, Pertussis as DTaP, Hepatitis B as Hep B, and Polio as IPV.
3. If your child had chickenpox (varicella) disease and not the vaccine, a health care provider must verify chickenpox disease to meet school requirements.
 - ☐ If your health care provider can verify that your child had chickenpox, ask your provider to check the box in the Documentation of Disease Immunity section and sign the form.
 - ☐ If school staff access the IIS and see verification that your child had chickenpox, they will check the box under Varicella in the vaccines section.
4. If your child can show positive immunity by blood test (titer), have your health care provider check the boxes for the appropriate disease in the Documentation of Disease Immunity section, and sign and date the form. You must provide lab reports with this CIS.
5. Provide proof of medically verified records, following the guidelines below.

Acceptable Medical Records

All vaccination records must be medically verified. Examples include:

- A Certificate of Immunization Status (CIS) form printed with the vaccination dates from the Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR, or another state's IIS.
- A completed hardcopy CIS with a health care provider validation signature.
- A completed hardcopy CIS with attached vaccination records printed from a health care provider's electronic health record with a health care provider signature or stamp. The school administrator, nurse, or designee must verify the dates on the CIS have been accurately transcribed and provide a signature on the form.

Conditional Status

Children can enter and stay in school or child care in conditional status if they are catching up on required vaccines for school or child care entry. (Vaccine series doses are spread out among minimum intervals, so some children may have to wait a period of time before finishing their vaccinations. This means they may enter school while waiting for their next required vaccine dose). To enter school or child care in conditional status, a child must have all the vaccine doses they are eligible to receive before starting school or child care.

Students in conditional status may remain in school while waiting for the minimum valid date of the next vaccine dose plus another 30 days time to turn in documentation of vaccination. If a student is catching up on multiple vaccines, conditional status continues in a similar manner until all of the required vaccines are complete.

If the 30-day conditional period expires and documentation has not been given to the school or child care, then the student must be excluded from further attendance, per RCW 28A.210.120. Valid documentation includes evidence of immunity to the disease in question, medical records showing vaccination, or a completed certificate of exemption (COE) form.

Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order

For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib +IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).

DOH 348-013 June 2021