

LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT
POLICY BULLETINLos Angeles Unified School District
Medical Services Division

School Name: _____

School Address: _____

NOTICE OF IMMUNIZATION(S) DUE

Dear Parent/Guardian of: _____ ROOM: _____ GRADE: _____ DATE: _____

Our records show that your child needs the following immunization(s) (shots) to meet the requirements of the California Health and Safety Code Section, Division 105, Part 2, Chapter 1, Sections 120325-120380 and the California Code of Regulations, Title 17, Division 1, Chapter 4, Subchapter 8, Sections 6000-6075 to remain enrolled in school.

MISSING DOSE(S) MARKED BELOW:

Vaccine	1 st Dose	2 nd Dose	3 rd Dose	4 th Dose	5 th Dose
Polio (Oral polio vaccine (OPV) doses given on or given after April 1, 2016 do not count)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DTaP (given as Td or Tdap for 7yo & above)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tdap (7th - 12th grade)	<input type="checkbox"/>				
MMR (1 st dose must be on or after first birthday)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hib (Preschool Only. Ages 15mo-5yrs, must be on or after first birthday)	<input type="checkbox"/>				
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Varicella (chickenpox)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

YOU NEED TO DO ONE OR MORE OF THE FOLLOWING IMMEDIATELY:

1. If your child has already received all these immunizations marked above, bring us the immunization record so that we can update our files. Your child's record must include date/s (mm/dd/yyyy) for the immunizations checked above and the doctor's/clinic's name. If your child has not already received all the immunizations marked above. Bring this form along with your child's immunization record to your doctor or local health department. For students who do not have private insurance coverage, immunizations are available at low cost from the Los Angeles County Department of Health Services. For more information, please call 211 (<https://211la.org>) for the location of free immunization clinics. The school-based immunization clinics (<http://lausd.org/immunizations>) are open during school hours for students without insurance, Medi-Cal recipients, Alaskan or Native American. Please provide the school with a copy of your child's updated immunization record after every immunization visit until all the required immunizations have been received.
2. If any of these immunizations were not given to your child because of medical reasons, please submit a completed medical exemption form issued using the CAIR-Medical Exemption website <https://cair-me.cdph.ca.gov/home> by your child's doctor (MD or DO licensed in California).

According to state law, we cannot allow your child to attend unless we receive evidence that the above requirements are met by this date: Exclusion Date ____/____/____.

For more information on school immunization requirements, visit the [Shots for School](#) website. If you have any questions or require additional information, please call School Phone Number _____.

Sincerely,

Principal's Name: _____

Credentialed School Nurse's Name: _____

로스앤젤레스 통합교육구
의료 서비스 부서

School Name: _____

School Address: _____

필요 예방접종 안내문

다음 학생의 학부모/보호자님께: _____ 교실: _____ 학년: _____ 날짜: _____

저희 기록에 따르면, 귀하의 자녀는 학교에 계속 재학하기 위해 캘리포니아 보건 및 안전법 섹션 105, 2부, 1장, 섹션 120325-120380 및 캘리포니아 규정집 17장 1절, 4장, 8절, 섹션 6000-6075의 요건을 충족하는 다음의 예방접종(주사)을 맞아야 합니다.

누락된 접종 표시:

백신 종류	1차 접종	2차 접종	3차 접종	4차 접종	5차 접종
소아마비 (2016년 4월 1일 이후에 접종된 경구용 소아마비 백신(OPV)은 인정되지 않음)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DTaP (7세 이상은 Td 또는 Tdap으로 접종)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tdap (7학년 - 12학년)	<input type="checkbox"/>				
MMR (1차 접종은 만 1살 생일 이후에 접종되어야 함)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hib (프리스쿨 대상. 15개월~5세, 만 1살 생일 이후에 접종되어야 함)	<input type="checkbox"/>				
B형 간염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
수두 (Varicella, 수두 백신)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

즉시 다음 중 하나 이상을 실행해 주시기 바랍니다:

- 이미 위에 표시된 모든 예방접종을 완료한 경우, 자녀의 예방접종 기록을 학교에 제출해 주십시오. 기록에는 접종 날짜(월/일/연도 형식)와 의사 또는 클리닉 이름이 포함되어야 합니다. 자녀가 위에 표시된 모든 예방접종을 아직 받지 않았다면, 이 양식과 자녀의 예방접종 기록을 지참하여 병원이나 지역 보건소를 방문하시기 바랍니다. 개인 보험이 없는 학생의 경우, 로스앤젤레스 카운티 보건국에서 저렴한 비용으로 예방접종을 제공하고 있습니다. 무료 예방접종 클리닉의 위치는 211번으로 전화하거나 웹사이트 <https://211la.org> 를 방문하여 확인하실 수 있습니다. 학교 기반 예방접종 클리닉 (<http://lausd.org/immunizations>)은 보험이 없는 학생, Medi-Cal 수혜자, 알래스카 원주민 또는 미국 원주민 학생을 대상으로 학교 시간 중에 운영됩니다. 필요한 예방접종을 모두 받을 때까지 예방접종 방문 시마다 자녀의 업데이트된 예방접종 기록 사본을 학교에 제출해 주십시오.
- 의학적 사유로 인해 자녀에게 이러한 예방접종을 하지 못한 경우, 자녀의 의사 (캘리포니아에서 면허를 소지한 MD 또는 DO)에게 CAIR-의료 면제 웹사이트 <https://cair-me.cdph.ca.gov/home> 에서 발급한 의료 면제 양식을 작성 받아 제출해 주십시오.

주법에 따라 위의 요건을 충족한다는 증거를 다음 날짜까지 제출하지 않을 경우, 귀하의 자녀는 학교에 출석할 수 없습니다. 출석 제한 시작일: ____/____/____.

학교 예방접종 요건에 대한 자세한 정보는 [Shots for School](#) 웹사이트를 방문해 주십시오. 질문이 있거나 추가 정보가 필요하신 경우, 학교 전화번호로 연락 주시기 바랍니다 _____.

감사합니다.

Principal's Name: _____

Credentialed School Nurse's Name: _____