

VACCINE FOR TETANUS DIPHTHERIA (TD)

Dear Parents,

"Greetings for the day!"

This is to notify you that in association with the District Health Office, Surat, and the Department of Health, Govt. of India, the **vaccine for Tetanus Diphtheria (TD)** is to be administered to all children aged 10 years and 16 years. It is for this purpose, a team of doctors from the Primary Health Centre, Umrakh, shall be available in school to administer the vaccination to our students of **Class 5 and Class 10** only, on date:

19-07-2023, Wednesday.

If you wish your ward to be vaccinated, you are requested to give us the duly filled consent form attached below.

Regards,



Principal

“સ્વસ્થ ભારત, સ્વસ્થ ભારત, નીરોગી ભારત.” “પહેલું સુખ તે જાતે નર્થા ”

સ્નેહી વાલી મિત્રો...વંદેમાતરમ્
આપ કુશળ હશે.

સવિનય જણાવવાનું કે મુખ્ય જિલ્લા આરોગ્ય અધિકારી કચેરી - સુરત દ્વારા ભારત સરકારના સાર્વત્રિક રસીકરણ કાર્યક્રમ અંતર્ગત ધનુર અને ડિપ્થેરીયા (TD) રસી ૧૦ વર્ષ અને ૧૬ વર્ષના નિયત વયજૂથના બાળકો માટે આપણી શાળામાં પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર, ઉમરાખમાંથી ડોક્ટરની ટીમ રસીકરણ માટે આવનાર છે. ટીમ જ્યારે આવે ત્યારે જો આપ આપના બાળકને આ રસી મુકાવવા ઈચ્છતા હોય તો નીચે આપેલ સંમતિપત્રક ભરી બાળક સાથે પરત મોકલવું.

✂-----

CONSENT FORM

To,

The Principal

Vasishtha Genesis School

Baben, Bardoli

Subject: Consent for administering vaccine for Tetanus Diphtheria (TD) to my ward

Dear Sir,

I, _____ p/o _____ of Class _____ of Vasishtha Genesis School, Baben, give my consent to **administer the vaccine for Tetanus Diphtheria (TD)** to my ward at your school on **19-07-2023, Wednesday**, by the Primary Health Department of Umrakh. I, abided by the rules and regulations announced by the Govt., Health Department and School, understand the benefits and potential risks associated with the vaccine and believe that it is in the best interest of my child's health to receive the vaccination.

Parent's Sign: _____ Mobile No.: _____ Date: _____