

Thomas Jefferson School
95 East Main Street
Rockaway, NJ 07866
973-625-8603

August 2024

Dear Parent/Guardian:

As you are already aware, the New Jersey Department of Health and Senior Services has mandated that children born after January 1997 and entering grade six must receive a booster dose of the Diphtheria, Tetanus Toxoids and Pertussis, (Tdap) vaccine as well as one dose of the Meningococcal vaccine.

Once your child has received these two immunizations, usually at their 11-year-old physical, you **must** have the student's Primary Healthcare Provider **write a note or complete the form below. The signature of the primary care provider and office stamp must be included.** Please be sure to **return via hand deliver, email or mail to the school nurse by August 12th, 2024. If you are unable to obtain these vaccines by August 12th, 2024 please know your child will still need to receive the vaccines before beginning grade 6 in September.**

If proof of these immunizations is not received by the first day of school in September 2023 the student will be **excluded from attending.**

If your child turns eleven (11) years old on or after the first day of school, you have four (4) days after your child's birthday to have your student immunized; therefore, the form is due the fifth (5th) day after the birthday. **Please make your child's physical appointment early in order to comply with the law.** If the form is not received on time, your child will be excluded from attending school until the proof of immunization is received at the Health Office.

Please contact Mrs. Linda Savercool, your school nurse if you have any questions.
Thank you for your cooperation in this important matter.

Mrs. Linda Savercool BSN, RN, CSN
Certified School Nurse

Student: _____ Birthdate _____

Grade _____ Homeroom Teacher _____

***According to the NJ Immunization requirements, the Tdap **must** be at least five years after the last dose of DTP, DTaP or Td.

The above named student has received:

1. Tdap booster on _____
2. Meningococcal on _____

Primary Care Provider Signature and Stamp _____

Date _____

Escuela Thomas Jefferson
95 este de la calle principal
Rockaway, Nueva Jersey 07866
973-625-8603

Agosto 2024

Estimado Padre / Tutor:

Como ya sabe, el Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Nueva Jersey ha ordenado que los niños nacidos después de enero de 1997 y que ingresan al sexto grado deben recibir una dosis de refuerzo de la vacuna contra la difteria, el toxoides tetánico y la tos ferina (Tdap), así como una dosis de la vacuna meningocócica.

Una vez que su hijo haya recibido estas dos vacunas, generalmente en el examen físico de los 11 años, usted **debe** tener el proveedor de atención médica primaria del estudiante **escriba una nota o complete el formulario a continuación. Se debe incluir la firma del proveedor de atención primaria y el sello del consultorio.** Por favor asegúrese de **devuélvalo personalmente, por correo electrónico o por correo a la enfermera de la escuela antes del 12 de agosto de 2024. Si no puede obtener estas vacunas antes del 12 de agosto de 2024, sepa que su hijo aún necesitará recibir las vacunas antes de comenzar el sexto grado en septiembre.**

Si no se recibe prueba de estas vacunas antes del primer día de clases en septiembre de 2023, el estudiante será **excluidos de asistir.**

Si su hijo cumple once (11) años el primer día de clases o después, usted tiene cuatro (4) días después del cumpleaños de su hijo para vacunar a su estudiante; por lo tanto, el formulario debe entregarse el quinto (5º) día después del cumpleaños. **Programe la cita física de su hijo con anticipación para cumplir con la ley.** Si el formulario no se recibe a tiempo, su hijo será excluido de asistir a la escuela hasta que se reciba el comprobante de vacunación en la Oficina de Salud.

Comuníquese con la Sra. Linda Savercool, la enfermera de su escuela si tiene alguna pregunta.
Gracias por su cooperación en este importante asunto.

Sra. Linda Savercool BSN, RN, CSN
Enfermera escolar certificada

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____

Grado _____ Maestro de salón _____

***De acuerdo con los requisitos de vacunación de Nueva Jersey, la vacuna Tdap **debe** ser al menos cinco años después de la última dosis de DTP, DTaP o Td.

El estudiante mencionado arriba ha recibido:

1. Refuerzo Tdap el _____
2. Meningococo en _____

Firma y sello del proveedor de atención primaria _____

Fecha _____