Department of Education
Dennis M. Walcott, Chancellor

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ДЛЯ ВСЕХ НОВЫХ УЧАЩИХСЯ
КОЖНЫЙ ТУБЕРКУЛИНОВЫЙ ТЕСТ (ПРОБА МАНТУ, PPD)

_____
Дата

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТСТРАНЕНИИ ОТ ЗАНЯТИЙ

ПРОЧИТАЙТЕ ВНИМАТЕЛЬНО

Уважаемые родители/опекуны учащегося _____ Класс: _____
Имя и фамилия учащегося

Согласно имеющейся в школе информации, ваш ребёнок не прошёл профилактического осмотра и теста на туберкулёз, требуемого Департаментом здравоохранения г. Нью-Йорка на основании Кодекса здоровья (Ст. 49: Раздел 49.06). Письмо с предупреждением было выдано вам во время регистрации ребёнка в школе.

С _____ ***ребёнок отстраняется от занятий***.
Дата

до предъявления следующей информации:

☐ Результат кожного туберкулинового теста (пробы Манту, PPD) с указанием даты проверки в пределах 72-96 часов после постановки пробы, в противном случае результат не признаётся действительным.

☐ Результат рентгенографического обследования с указанием даты.

Вы можете получить бесплатную помощь в клинике Департамента здравоохранения города Нью-Йорка или обратиться к своему лечащему врачу. Список клиник и медицинских специалистов, оказывающих бесплатную помощь, имеется в школе, а также на вебсайте отдела здравоохранения Департамента образования:
http://schools.nyc.gov/Offices/Health/TuberculosisTesting/default.htm

Спасибо за содействие.

С уважением,

директор

Копии:
медицинскому директору
в личное дело учащегося