



JACKSON SCHOOL DISTRICT
151 Don Connor Boulevard
Jackson, NJ 08527
(732) 833-4600 FAX (732) 833-4609

Nicole Pormilli, Superintendent of Schools

Date: Sept. 18, 2024

Para: Padres y guardianes

Asunto: Información sobre inmunización

Esta carta es para recordarle sobre la ley del estado de Nueva Jersey con respecto a la prueba actualizada de vacunas para los padres y guardianes de los estudiantes que ingresarán a PREESCOLAR, JARDÍN DE INFANTES O SEXTO GRADO (o que tendrán 11 años de edad) durante el año escolar 2024-2025.

Para los padres entrantes de 6º grado: La ley requiere que los estudiantes que obtengan las siguientes vacunas en o después de su cumpleaños número 11, y **antes del 11 de octubre, 2024:**

- Una dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (Tdap) a menos que pueda proporcionar documentación de que su estudiante ha recibido esta inmunización en los últimos cinco años.
- Una dosis de la vacuna meningocócica o meningocócica conjugada.

Si tienes un estudiante de kindergarten: Cualquier niño que ingrese al programa de jardín de infantes del distrito (ya sea de educación general o de educación especial) debe obtener las siguientes vacunas **antes del 11 de octubre de 2024.**

Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTap), 4 dosis con una dosis después del cuarto cumpleaños o cualquier dosis de 5

- Vacuna contra la poliomielitis, 3 dosis con una dosis después del cuarto cumpleaños o cualquier dosis de 4
- Vacuna MMR, dos dosis
- Vacuna contra la varicela, una dosis

Para los padres preescolares entrantes: Cualquier niño(a) que ingrese al programa de inclusión preescolar del distrito (ya sea educación general o educación especial) debe obtener las siguientes vacunas **antes del 11 de octubre, 2024.**

- Vacuna antineumocócica conjugada (PCV) – Al menos una dosis de PCV después de su primer cumpleaños **antes del 11 de octubre, 2024**
- Vacuna contra la influenza: Una dosis anual entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de cada año. Deberá presentar comprobante de esta vacunación **antes del 31 de diciembre de 2024.**

Estas leyes entraron en vigencia el 1 de septiembre de 2008 y se aplican a cualquier estudiante o estudiante actual que se transfiera al Distrito Escolar de Jackson. **TODOS LOS ESTUDIANTES DESCRITOS ANTERIORMENTE DEBEN PROPORCIONAR UNA PRUEBA DE VACUNACIÓN A SU OFICINA DE ENFERMERÍA DE SU ESCUELA antes del 11 de octubre, 2024.** Un formulario de actualización de vacunación que puede llevar a su médico se encuentra en la página siguiente. Si puede, puede dejar su formulario de actualización de vacunación durante el verano.

Su médico DEBE sellar el formulario para que sea válido. El formulario debe dejarse en la escuela de su hijo para la enfermera de la escuela. Estas vacunas deben ser administradas por su médico privado.

El hecho de no obtener estas vacunas recién requeridas resultará en la EXCLUSIÓN de la escuela a partir de octubre 15, 2024. Si tiene alguna pregunta sobre los requisitos de se, comuníquese con la enfermera de su escuela. www.jacksonsd.org/nurses.



JACKSON SCHOOL DISTRICT
 151 Don Connor Boulevard
 Jackson, NJ 08527
 (732) 833-4600 FAX (732) 833-4609

Nicole Pormilli, Superintendent of Schools

Immunization Update Request

Student: _____ **School:** _____ **Grade:** _____ **Date:** _____

State Law mandates immunization of all students under Chapter 14, N.J. State Sanitary Code, **IMMUNIZATION OF PUPILS IN SCHOOL**. This law requires schools to take necessary steps for implementation. Among these immunizations are those that a child would not have yet had when they registered in our district. By law, we must show updated proof of these immunizations, which is done through this Immunization Update Form. This applies to parents of students who:

- Will enter our Preschool program, Kindergarten program or 6th grade during the 2024-2025 school year

All parents/guardians MUST provide proof of proper immunization by Oct. 11, 2024. Failure to comply with this state requirement will result in your child's exclusion from school beginning Oct. 15, 2024.

Please include **month/day/year**:

	Month	Day	Year	Comment
DTaP				
Tdap				
Hepatitis B # 1 #2 #3				
Measles, Mumps, Rubella				
MMR – Booster				
Polio vaccine IPV				
Tuberculin Test: _____				Result: _____
Varicella #1 #2				
Meningococcal				
Pneumococcal #1 #2 #3 #4				
Influenza				
Entry Physical				

This patient will return on _____ for the next in series of immunizations.

Physician's Name: _____

Office Address: _____

Physician's Signature and Stamp: _____

**PARENTS: AFTER YOUR DOCTOR FILLS OUT THIS FORM,
PLEASE RETURN IT TO YOUR SCHOOL NURSE.**