

STUDENT IMMUNIZATION LAW AGE/GRADE REQUIREMENTS

The following are the minimum required immunizations for each age and grade level according to the Wisconsin Student Immunization Law. These requirements can be waived for health, religious, or personal conviction reasons. Additional immunizations may be recommended for your child depending on his or her age. Please contact your doctor or local health department to determine if your child needs additional immunizations.

**Table 144.03-A
Required Immunizations for the 2023-2024 School Year**

Age/Grade	Required Immunizations (Number of Doses)							
5 months through 15 months	2 DTP/DTaP/DT		2 Polio			2 Hep B	2 Hib	2 PCV
16 months through 23 months	3 DTP/DTaP/DT		2 Polio	1 MMR		2 Hep B	3 Hib	3 PCV
2 years through 4 years	4 DTP/DTaP/DT		3 Polio	1 MMR	1 Var	3 Hep B	3 Hib	3 PCV
Kindergarten through grade 6	4 DTP/DTaP/DT		4 Polio	2 MMR	2 Var	3 Hep B		
Grade 7 through grade 12	4 DTP/DTaP/DT	1 Tdap	4 Polio	2 MMR	2 Var	3 Hep B		

- Children 5 years of age or older who are enrolled in a Pre-K class should be assessed using the immunization requirements for Kindergarten through Grade 6, which would normally correspond to the individual's age.
- D = diphtheria, T = tetanus, P = pertussis vaccine. DTaP/DTP/DT/Td vaccine for all students Pre-K through 12; Four doses are required. However, if a student received the 3rd dose after the 4th birthday, further doses are not required. **Note:** A dose four days or less before the 4th birthday is also acceptable.
- DTaP/DTP/DT vaccine for children entering Kindergarten: Each student must have received one dose after the 4th birthday (either the 3rd, 4th, or 5th dose) to be compliant. **Note:** a dose four days or less before the 4th birthday is also acceptable.
- Tdap is an adolescent tetanus, diphtheria, and acellular pertussis combination vaccine. If a student received a dose of a tetanus-containing vaccine, such as Td, within five years before entering the grade in which Tdap is required, the student is compliant and a dose of Tdap vaccine is not required.
- Polio vaccine for students entering grades Kindergarten through 12; Four doses are required. However, if a student received the 3rd dose after the 4th birthday, further doses are not required. **Note:** a dose four days or less before the 4th birthday is also acceptable.
- Laboratory evidence of immunity to hepatitis B is also acceptable.
- MMR is measles, mumps, and rubella vaccine. The first dose of MMR vaccine must have been received on or after the 1st birthday. Laboratory evidence of immunity to all three diseases (measles and mumps and rubella) is also acceptable. **Note:** A dose four days or less before the 1st birthday is also acceptable.
- Varicella vaccine is chickenpox vaccine. Students with a reliable history of varicella disease are not required to receive the Varicella vaccine. A parent or guardian may indicate that their student has had chickenpox on the Student Immunization Record form (F-04020L).



LEY DE INMUNIZACIÓN DE ALUMNOS REQUISITOS SEGÚN EDAD/GRADO (STUDENT IMMUNIZATION LAW AGE/GRADE REQUIREMENTS)

A continuación, se detallan las mínimas vacunas requeridas para cada edad y nivel de grado según la Student Immunization Law (Ley de Inmunización de Alumnos) de Wisconsin. Estos requisitos pueden no exigirse por razones de salud, religión o creencias personales. Pueden recomendarse otras vacunas para su hijo según la edad que tenga. Comuníquese con su médico o departamento de salud local para determinar si su hijo necesita otras vacunas.

Tabla 144.03-A
Vacunas requeridas para el año escolar 2023-2024

Edad/grado	Vacunas requeridas (número de dosis)							
De 5 a 15 meses	2 DTP/DTaP/DT		2 Polio			2 Hep B	2 Hib	2 PCV
De 16 a 23 meses	3 DTP/DTaP/DT		2 Polio	1 MMR		2 Hep B	3 Hib	3 PCV
De 2 a 4 años	4 DTP/DTaP/DT		3 Polio	1 MMR	1 Var	3 Hep B	3 Hib	3 PCV
De kínder a 6.º grado	4 DTP/DTaP/DT		4 Polio	2 MMR	2 Var	3 Hep B		
De 7.º grado a 12.º grado	4 DTP/DTaP/DT	1 Tdap	4 Polio	2 MMR	2 Var	3 Hep B		

- Los niños mayores de 5 años que estén inscritos en una clase de prekínder deben ser evaluados utilizando los requisitos de vacunación para los estudiantes de kínder a 6.º grado, que normalmente corresponderían a la edad del niño.
- Vacuna contra la D= difteria, T= tétanos, P= tos ferina. Vacuna contra la DTaP/DTP/Td para todos los estudiantes desde el prekínder hasta el 12.º grado; se requieren cuatro dosis. Sin embargo, si un estudiante recibió la 3.ª dosis después de cumplir los 4 años, no se requieren más dosis. **Nota:** También es aceptable una dosis cuatro días o menos antes de cumplir los 4 años.
- Vacuna contra la DTaP/DTP/DT para los niños que ingresan a kínder: cada estudiante debe haber recibido una dosis después de cumplir los 4 años (ya sea la 3.ª, 4.ª o 5.ª dosis) para cumplir con los requisitos. **Nota:** También es aceptable una dosis cuatro días o menos antes de cumplir los 4 años.
- La Tdap es una vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular para adolescentes. Si un estudiante recibió una dosis de una vacuna que contiene tétanos, como la Td, en un plazo de cinco años antes de entrar al grado en el que se requiere la Tdap, el estudiante cumple con los requisitos y no se requiere una dosis de la vacuna contra la Tdap.
- Vacuna contra la polio para los estudiantes que ingresan a kínder hasta el 12.º grado; se requieren cuatro dosis. Sin embargo, si un estudiante recibió la 3.ª dosis después de cumplir los 4 años, no se requieren más dosis. **Nota:** También es aceptable una dosis cuatro días o menos antes de cumplir los 4 años.
- También es aceptable la evidencia de laboratorio de inmunidad a la hepatitis B.
- La MMR es una vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola. La primera dosis de la vacuna MMR debe recibirse al año de vida o antes. También es aceptable la evidencia de laboratorio de inmunidad a las tres enfermedades (sarampión, paperas y rubéola). **Nota:** También es aceptable una dosis cuatro días o menos antes de cumplir el primer año.
- La vacuna contra la varicela. No es necesario que los estudiantes que tengan un historial confiable de la enfermedad de la varicela reciban la vacuna contra la varicela. Un padre o tutor puede indicar que el menor ha tenido varicela en el formulario de Student Immunization Record (expediente de vacunación del estudiante) (F-04020L).



STUDENT IMMUNIZATION RECORD

INSTRUCTIONS TO PARENT: COMPLETE AND RETURN TO SCHOOL WITHIN **30 DAYS AFTER ADMISSION**. State law requires all public and private school students to present written evidence of immunization against certain diseases **within 30 school days of admission**. The current age/grade specific requirements are available from schools and local health departments. These requirements can only be waived if a properly signed health, religious or personal conviction waiver is filed with the school. The purpose of this form is to measure compliance with the law and will be used for that purpose only. If you have questions regarding immunizations, or how to complete this form, contact your child's school or local health department.

Step 1 PERSONAL DATA

PLEASE PRINT

Student's Name	Birthdate (MM/DD/YYYY)	Gender	School	Grade	School Year
Name of Parent/Guardian/Legal Custodian		Address (Street, City, State, Zip)		Telephone Number	

Step 2 IMMUNIZATION HISTORY

List the MONTH, DAY, AND YEAR your child received each of the following immunizations. DO NOT USE A (✓) OR (X) except to answer the question about chickenpox, Tdap, or Td. If you do not have an immunization record for this student at home, contact your doctor or public health department to obtain it.

TYPE OF VACCINE*	FIRST DOSE MM/DD/YYYY	SECOND DOSE MM/DD/YYYY	THIRD DOSE MM/DD/YYYY	FOURTH DOSE MM/DD/YYYY	FIFTH DOSE MM/DD/YYYY
DTaP/DTP/DT/Td (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)					
Adolescent booster (Check appropriate box) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (Measles, Mumps, Rubella)					
Varicella (Chickenpox) Vaccine <i>Vaccine is required only if your child has not had chickenpox disease. See below:</i>					
Has your child had Varicella (chickenpox) disease? Check the appropriate box and provide the year if known: <input type="checkbox"/> YES _____ Year (Vaccine not required) <input type="checkbox"/> NO or Unsure (Vaccine required)		Has your child had a blood test (titer) that shows immunity (had disease or previous vaccination) to any of the following? (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Measles <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Hepatitis B If YES, provide laboratory report(s)			

Step 3 REQUIREMENTS

Refer to the age/grade level requirements for the current school year to determine if this student meets the requirements.

Step 4 COMPLIANCE DATA

STUDENT MEETS ALL REQUIREMENTS
Sign at Step 5 and return this form to school.

Or
STUDENT DOES NOT MEET ALL REQUIREMENTS
Check the appropriate box below, sign at Step 5, and return this form to school. PLEASE NOTE THAT INCOMPLETELY IMMUNIZED STUDENTS MAY BE EXCLUDED FROM SCHOOL IF AN OUTBREAK OF ONE OF THESE DISEASES OCCURS.

☐ Although my child has **NOT** received **ALL** the required doses of vaccine, the **FIRST DOSE(S)** has/have been received. I understand that the **SECOND DOSE(S)** must be received by the 90th school day after admission to school this year, and that the **THIRD DOSE(S)** and **FOURTH DOSE(S)** if required must be received by the 30th school day next year. I also understand that it is my responsibility to notify the school in writing each time my child receives a dose of required vaccine.

NOTE: Failure to stay on schedule may result in exclusion from school, court action and/or forfeiture penalty.

WAIVERS (List in Step 2 above, the date(s) of any immunizations your child has already received)

☐ For health reasons this student should not receive the following immunizations _____

SIGNATURE - Physician Date Signed

☐ For religious reasons, I have chosen not to vaccinate this student with the following immunizations (check all that apply)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap, ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (Measles, Mumps, Rubella) ☐ Varicella

☐ For personal conviction reasons, I have chosen not to vaccinate this student with the following immunizations (check all that apply)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (Measles, Mumps, Rubella) ☐ Varicella

Step 5 SIGNATURE

This form is complete and accurate to the best of my knowledge. Check one: (I do ☐ I do not ☐) give permission to share my child's current immunization records and as they are updated in the future with the Wisconsin Immunization Registry (WIR). I understand that I may revoke this consent at any time by sending written notification to the school district. Following the date of revocation, the school district will provide no new records or updates to the WIR.

SIGNATURE - Parent/Guardian/Legal Custodian or Adult Student Date Signed

REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE STUDENT IMMUNIZATION RECORD

INSTRUCCIONES A LOS PADRES: COMPLETE Y DEVUELVA A LA ESCUELA **30 DÍAS DESPUÉS DE LA ADMISIÓN**. La ley estatal requiere que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de las vacunas contra ciertas enfermedades, **dentro de 30 días escolares de admisión**. Los requisitos específicos de edad / grado se piden en las escuelas y en el departamento de salud locales. Se puede renunciar a estos requisitos únicamente completando y firmando un formulario de renuncia en la escuela por motivos de salud, religión o personales. El propósito de este formulario es medir el cumplimiento de la ley y se usará sólo para ese propósito. Si tiene preguntas sobre las vacunas o cómo llenar este formulario, comuníquese con la escuela de su hijo o con el departamento de salud local.

DATOS PERSONALES

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Paso 1	Nombre del estudiante	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escuela	Grado	Año escolar
	Nombre del padre/madre/tuto /custodio legal	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Número de teléfono	

HISTORIAL DE VACUNAS

Paso 2 Indique el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo recibió las siguientes vacunas. NO MARQUE (✓) O (X) excepto para responder a la pregunta sobre varicela, Tdap o Td. Si usted no tiene un registro de vacunas en su casa para este estudiante, comuníquese con el médico o departamento de salud para conseguir uno.

TIPO DE VACUNA*	1a. DOSIS Mes/día/año	2a. DOSIS Mes/día/año	3a. DOSIS Mes/día/año	4a. DOSIS Mes/día/año	5a. DOSIS Mes/día/año
DTaP/DTP/DT/Td/Tdap (Difteria, Tétano, Pertusis)					
Vacuna de refuerzo (booster) para adolescentes (Marque la casilla apropiada) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
Vacuna contra la varicela (viruelas locas) Esta vacuna se necesita solamente si su hijo no ha tenido la varicela. Vea más abajo:					
¿Ha tenido su hijo la varicela? Marque la casilla correspondiente y anote el año si lo sabe. <input type="checkbox"/> Sí _____ año (no necesita la vacuna) <input type="checkbox"/> NO o no está seguro (necesita vacuna)	¿Le han hecho un análisis de sangre (título de anticuerpos) a su hijo que muestre inmunidad (tenía la enfermedad o vacunación anterior) de cualquiera de las siguientes (marque todas que aplican)? <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B Si contesta Sí, proporcione el reporte(s) de laboratorio				

REQUISITOS

Paso 3 Para determinar si este estudiante cumple con los requisitos, consulte el nivel de requisitos de acuerdo a la edad/grado del año escolar actual.

DATOS DE CUMPLIMIENTO

Paso 4 **EL ESTUDIANTE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS**
Firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela
_____ O _____

EL ESTUDIANTE NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS
Marque el cuadro que corresponda, firme en el Paso 5 y devuelva el formulario a la escuela. TENGA EN CUENTA QUE SI EL ESTUDIANTE NO TIENE TODAS SUS VACUNAS PUEDE SER EXCLUIDO DE LA ESCUELA SI APARECE UN BROTE DE ESTAS ENFERMEDADES.

☐ Aunque mi hijo NO ha recibido todas las dosis de las vacunas, ha recibido LA PRIMERA DOSIS. Entiendo que la SEGUNDA DOSIS debe recibirla este año antes de cumplir 90 días de entrar a la escuela y la TERCERA Y CUARTA DOSIS si las requiere debe recibirlas antes de los 30 días de este año escolar. También entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a la escuela cada vez que mi hijo recibe una dosis de las vacunas requeridas.

NOTA: La falta a permanecer al día con las vacunas puede ocasionar la exclusión de la escuela, acción judicial y/o pena de caducidad.

EXENCIONES (WAIVERS) (Indique en el Paso 2 las vacunas que ya haya recibido)

☐ Por razones de salud este estudiante no debe recibir las siguientes vacunas: _____

FIRMA del médico _____ Fecha de la firma _____

☐ Por razones religiosas, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (sarampión, paperas, rubéola) ☐ varicela

☐ Por razones de convicción personal, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)
☐ DTaP/DTP/DT/Td ☐ Tdap ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR (sarampión, paperas, rubéola) ☐ varicela

FIRMA

Paso 5 Este formulario está completo y exacto de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Marque uno: (☐ Yo doy ☐ Yo no doy) mi consentimiento para que se compartan los registros de vacunas actuales de mi hijo en la medida en que se actualicen en un futuro con el Registro de Vacunas de Wisconsin (*Wisconsin Immunization Registry - WIR*). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no proporcionará nuevos registros ni actualizaciones a la WIR.

FIRMA - del padre/madre/tuto /custodio legal o estudiante adulto _____ Fecha de la firma _____