

# Statement of Exemption to Immunization Law

Your Child can be exempted (excused) from immunization for medical, personal, or religious reasons. However, if there is an outbreak of a vaccine-preventable disease, and your child has not been vaccinated, then he/she may be excluded from school.

Please complete or have your healthcare provider complete the following section to have your child exempted from the immunization requirements for school.

Name of student: \_\_\_\_\_

## 1. IS THIS A MEDICAL EXEMPTION \_\_\_ YES \_\_\_ NO (if no, then skip to 2.)

The child named on this form is medically exempted from the requirement for the following vaccine(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Printed name of healthcare provider \_\_\_\_\_

Healthcare provider signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## 2. IS THIS A PERSONAL BELIEF/RELIGIOUS EXEMPTION \_\_\_ YES \_\_\_ NO

The parent or guardian of the child named on this form adheres to a religious belief the teachings of which are opposed to immunizations or holds a strong moral or ethical conviction that is opposed to such immunizations.

Vaccines: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Printed name of parent/guardian: \_\_\_\_\_

Parent/guardian signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

# Declaración de exención a la ley de vacunación

Su hijo puede estar exento (excusado) de vacunarse por motivos médicos, personales o religiosos. Sin embargo, si hay un brote de una enfermedad prevenible por vacunación y su hijo no ha sido vacunado, es posible que sea excluido de la escuela.

Complete o solicite a su proveedor de atención médica que complete la siguiente sección para que su hijo esté exento de los requisitos de vacunación para la escuela.

Nombre del estudiante:

**1. ¿ES ESTA UNA EXENCIÓN MÉDICA?**      **SÍ**      **NO** (En caso negativo, pase a la pregunta 2.)

El niño que se menciona en este formulario está médicamente exento de recibir la(s) siguiente(s) vacuna(s):

Comentarios:

Nombre en letra de imprenta del proveedor de atención médica

Firma del proveedor de atención médica

Fecha

**2. ¿ES ESTA UNA EXENCIÓN RELIGIOSA/POR UNA CREENCIA RELIGIOSA?**      **SÍ**      **NO**

El padre, la madre o el tutor del niño que se menciona en este formulario se adhiere a una creencia religiosa cuyas enseñanzas son contrarias a las vacunas o tiene una profunda convicción moral o ética que es contraria a dichas vacunas.

Vacunas:

Nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor:

Firma del padre/madre/tutor

Fecha