

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 _____

Déclaration d'Exemption à la Loi sur la Vaccination

Votre enfant peut être exempté (excusé) de la vaccination pour des raisons médicales, personnelles ou religieuses. Cependant, s'il y a une épidémie d'une maladie évitable par la vaccination et que votre enfant n'a pas été vacciné, il peut être exclu de l'école.

Veillez remplir ou faire remplir par prestataire de santé la section suivante pour que votre enfant soit exempté des exigences de vaccination pour l'école.

Nom de l'élève :

1. EST-CE UNE EXEMPTION MÉDICALE OUI NON (si non, veuillez passer à 2.)

L'enfant dont le nom figure sur ce formulaire est médicalement exempté de l'exigence relative aux vaccins suivants :

Commentaires :

Nom imprimé du prestataire de santé

Signature du prestataire de santé

Date

**2. EST-CE UNE EXEMPTION LIÉE A LA CROYANCE PERSONNELLE/LA RELIGION OUI
NON**

Le parent ou le tuteur de l'enfant dont le nom figure sur ce formulaire adhère à une croyance religieuse dont la formation s'oppose à l'immunisation ou qui a une forte conviction morale ou éthique qui s'oppose à cette immunisation.

Vaccins :

Nom imprimé du parent/tuteur :

Signature du parent/tuteur

Date