

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 _____

Заява про звільнення від положень закону про обов'язкову вакцинацію

Ваша дитина може бути звільнена від обов'язкової вакцинації за медичними показами, а також на підставі особистих/релігійних переконань. Звільнені від вакцинації учні можуть бути відсторонені від шкільних занять у разі спалахів захворювання, від якого вони не щеплені.

Для звільнення дитини від обов'язкової шкільної вакцинації заповніть наступний розділ форми або попросіть свого лікаря заповнити його за Вас.

Прізвище, ім'я дитини: _____

1. ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВАКЦИНАЦІЇ ЗА МЕДИЧНИМИ ПОКАЗАМИ

ТАК **НІ** (якщо «Ні», перейдіть до питання 2.)

Згадана дитина за медичними показами звільнена від щеплення наступними вакцинами:

Примітки: _____

Ім'я, прізвище лікаря (друкованими літерами) _____

Підпис лікаря _____

Дата _____

2. ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВАКЦИНАЦІЇ З ОСОБИСТИХ/РЕЛІГІЙНИХ ПЕРЕКОНАНЬ ТАК НІ

Батьки/опікуни згаданої дитини дотримуються релігійних переконань або мають сильні морально-етичні переконання, які заперечують щеплення.

Вакцини: _____

Ім'я, прізвище батьків/опікунів (друкованими літерами):

Підпис батьків/опікунів _____

Дата _____