



Certificate of Exemption—Personal/Religious

For School, Child Care, and Preschool Immunization Requirements

Child's Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____ Birthdate (MM/DD/YYYY): _____

NOTICE: A parent or guardian may exempt their child from the vaccinations listed below by submitting this completed form to the child's school and/or child care. A person who has been exempted from a vaccination is considered at risk for the disease or diseases for which the vaccination offers protection. An exempted child/student may be excluded from school or child care settings and activities during an outbreak of the disease that they have not been fully vaccinated against. Vaccine-preventable diseases still exist, and can spread quickly in school and child care settings. Immunization is one of the best ways to protect people from getting and spreading diseases that may result in serious illness, disability, or death.

Personal/Philosophical or Religious Exemption

I am exempting my child from the requirement my child be vaccinated against the following disease(s) to attend school or child care.
(Select an exemption type and the vaccinations you wish to exempt your child from):

PERSONAL/PHILOSOPHICAL EXEMPTION*

- | | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Pneumococcal |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough) | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox) |

*Measles, mumps, or rubella may not be exempted for personal/philosophical reasons per state law

RELIGIOUS EXEMPTION

- | | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Pneumococcal |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough) | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox) |
| <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Rubella | |

Parent/Guardian Declaration

One or more of the required vaccines are in conflict with my personal, philosophical, or religious beliefs. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the health care practitioner (signed below). I have been told if an outbreak of vaccine-preventable disease occurs for which my child is exempted, my child may be excluded from their school or child care for the duration of the outbreak. The information on this form is complete and correct.

X

Parent/Guardian Name (print)

Parent/Guardian Signature

Date

Health Care Practitioner Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

RELIGIOUS MEMBERSHIP EXEMPTION

Complete this section ONLY if you belong to a church or religion that objects to the use of medical treatment. Use the section above if you have a religious objection to vaccinations but the beliefs or teachings of your church or religion allow for your child to be treated by medical professionals such as doctors and nurses.

Parent/Guardian Declaration

I am the parent or legal guardian of the above-named child. I affirm I am a member of a church or religion whose teaching does not allow health care practitioners to give medical treatment to my child. I have been told if an outbreak of vaccine-preventable disease occurs for which my child is exempted, my child may be excluded from their school or child care for the duration of the outbreak. The information on this form is complete and correct.

X

Parent/Guardian Name (print)

Parent/Guardian Signature

Date



Certificate of Exemption—Medical

For School, Child Care, and Preschool Immunization Requirements

Child's Last Name:

First Name:

Middle Initial:

Birthdate (MM/DD/YYYY):

NOTICE: This form may be used to exempt a child from the requirement of vaccination when a health care practitioner has determined specific vaccination is not advisable for the child for medical reasons. This form must be completed by a health care practitioner and signed by the parent/guardian. An exempted child/student may be excluded from school or child care during an outbreak of the disease they have not been fully vaccinated against. Vaccine preventable diseases still exist, and can spread quickly in school and child care settings.

Medical Exemption

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in their judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at: www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recommendations/contraindications.html.

*Please indicate which vaccination the **medical exemption** is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark "not exempt".*:

Disease	Not Exempt	Permanent Exempt	Temporary Exempt	Expiration Date for Temporary Medical
Diphtheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Health Care Practitioner Declaration

I declare that vaccination for the disease(s) checked above is/are not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed in Washington State, and the information provided on this form is complete and correct.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

Parent/Guardian Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the health care practitioner granting this medical exemption. I have been told if an outbreak of vaccine-preventable disease occurs for which my child is exempted, my child may be excluded from their school or child care for the duration of the outbreak. The information on this form is complete and correct.

X

Parent/Guardian Name (print)

Parent/Guardian Signature

Date



**Certificate of Exemption — Personal/Religious
(Справка об освобождении — по личным/религиозным причинам)**

Для предоставления в школу, детское дошкольное учреждение и в места,
где требуется иммунизация детей дошкольного возраста



Фамилия ребенка: _____ **Имя:** _____ **Второй инициал:** _____ **Дата рождения (мм/дд/гггг):** _____

ВНИМАНИЕ: Родитель или опекун может освободить своего ребенка от вакцинации против перечисленных ниже болезней, заполнив настоящую форму и предоставив ее в школу или детский сад, который посещает ребенок. Лицо, освобожденное от вакцинации, входит в группу риска по развитию заболевания или заболеваний, против которых вакцинация обеспечивает защиту. Освобожденного ребенка/ученика могут отстранить от посещения школы, детского сада или мероприятий во время эпидемии заболевания, против которого он не получил полную вакцинацию. Заболевания, предупреждаемые вакцинацией, все еще существуют и могут быстро распространяться в коллективах школ и детских садов. Иммунизация — это один из лучших способов защитить людей от развития и распространения заболеваний, которые могут вызывать серьезные расстройства, инвалидность или смерть.

Освобождение по личным/философским или религиозным причинам (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

Я освобождаю своего ребенка от обязательной вакцинации против следующих заболеваний, которая требуется для посещения школы или детского сада.
(Выберите тип освобождения и вакцинацию, от которой вы хотите освободить своего ребенка):

ОСВОБОЖДЕНИЕ ПО ЛИЧНЫМ/ФИЛОСОФСКИМ ПРИЧИНАМ* (Personal/Philosophical Exemption)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria
(Дифтерия) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B (Гепатит В) | <input type="checkbox"/> Hib (гемофильная инфекция типа В) | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (Пневмококковая инфекция) |
| <input type="checkbox"/> Polio
(Полиомиелит) | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough)
(Коклюш (судорожный кашель)) | <input type="checkbox"/> Tetanus (Столбняк) | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox)
(Ветряная оспа (ветрянка)) |

*Освобождение от вакцинации против кори, краснухи и паротита по личным/философским причинам не предоставляется по закону штата

ОСВОБОЖДЕНИЕ ПО РЕЛИГИОЗНЫМ ПРИЧИНАМ (Religious Exemption)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria
(Дифтерия) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B (Гепатит В) | <input type="checkbox"/> Hib (гемофильная инфекция типа В) | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (Пневмококковая инфекция) |
| <input type="checkbox"/> Polio
(Полиомиелит) | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough)
(Коклюш (судорожный кашель)) | <input type="checkbox"/> Tetanus (Столбняк) | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox)
(Ветряная оспа (ветрянка)) |
| <input type="checkbox"/> Measles (Корь) | <input type="checkbox"/> Mumps (Паротит) | <input type="checkbox"/> Rubella (Краснуха) | |

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)

Одна или несколько требуемых вакцин противоречат моим личным, философским или религиозным убеждениям. Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с лечащим врачом (подпись ниже). Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной.

X

ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата

Health Care Practitioner Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

Освобождение по причине членства в религиозной организации (Religious Membership Exemption)

Заполните эту часть ТОЛЬКО в том случае, если вы принадлежите к церкви или придерживаетесь вероисповедания, которое возражает против медицинского вмешательства. Заполните верхний раздел, если у вас есть возражения против прививок по религиозным причинам, но убеждения и учения Вашей церкви или религии позволяют вашему ребенку получать лечение со стороны медицинских работников, например, врачей и медсестер.

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)

Я являюсь родителем или законным опекуном вышеуказанного ребенка. Я подтверждаю, что являюсь членом церкви или придерживаюсь вероисповедания, учение которого не позволяет моему ребенку получать какое-либо медицинское лечение со стороны врачей. Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной.

X

ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата



**Certificate of Exemption — Medical
(Справка об освобождении — по медицинским показаниям)**

Для предоставления в школу, детское дошкольное учреждение и в места,
где требуется иммунизация детей дошкольного возраста



Фамилия ребенка: **Имя:** **Второй инициал:** **Дата рождения (мм/дд/гггг):**

ВНИМАНИЕ: Настоящая форма используется для освобождения ребенка от обязательной вакцинации в случае, если лечащий врач установил, что конкретная вакцинация не рекомендуется для ребенка по медицинским показаниям. Настоящая форма должна заполняться лечащим врачом и подтверждаться подписью родителя/опекуна. Освобожденного ребенка/ученика могут отстранить от посещения школы или детского сада во время эпидемии заболевания, против которого он не получил полную вакцинацию. Заболевания, предупреждаемые вакцинацией, все еще существуют и могут быстро распространяться в коллективах школ и детских садов.

Medical Exemption

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in his or her judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at:

www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html

*Please indicate which vaccine antigen(s) the **medical** exemption is referring to. If the patient is not exempt from certain antigen(s), mark "not exempt".*:

Disease (заболевание)	Not Exempt (нет освобождения)	Temporary Exempt (постоянное освобождение)	Permanent Exempt (временное освобождение)	Expiration Date for Temporary Medical (дата истечения срока временного освобождения по медицинским показаниям)
Diphtheria (дифтерия)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B (гепатит В)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (гемофильная инфекция типа В)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles (корь)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps (паротит)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis (коклюш)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal (пневмококковая инфекция)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio (полиомиелит)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella (краснуха)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus (столбняк)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella (ветряная оспа)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Health Care Practitioner Declaration

I declare that vaccination for the disease/s checked above is not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed in Washington State, and the information provided on this form is complete and correct.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)

Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с лечащим врачом, предоставившим данное освобождение по медицинским показаниям. Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной.

X

ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата

Certificate of Exemption—Personal/Religious (Certificado de exención: personal/religiosa)



Para requisitos de vacunación en entornos escolares, preescolares y de cuidado infantil

Apellido del niño: _____ **Nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre:** _____ **Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):** _____

AVISO: El padre o el tutor puede eximir a su hijo de las vacunaciones enumeradas a continuación; para ello, debe presentar este formulario completo en la escuela o en el centro de cuidado infantil de su hijo. Una persona a la que se ha eximido de una vacunación se considera bajo riesgo de contraer la enfermedad o las enfermedades para las cuales la vacunación ofrece protección. Es posible que el niño o estudiante eximido sea excluido de entornos y actividades escolares o de cuidado infantil durante un brote de la enfermedad contra la cual no ha sido vacunado completamente. Las enfermedades prevenibles por las vacunas aún existen y pueden transmitirse con rapidez en los entornos escolares y de cuidado infantil. Las inmunizaciones son una de las mejores maneras de proteger a las personas de contraer y transmitir las afecciones que pueden resultar en enfermedades graves, discapacidades o la muerte.

Exención personal/filosófica o religiosa (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

Eximo a mi hijo del requisito por el cual debe vacunarse contra la/s siguiente/s enfermedad/es para asistir a la escuela o al centro de cuidado infantil (seleccione un tipo de exención y las vacunaciones de las cuales desea eximir a su hijo):

EXENCIÓN PERSONAL/FILOSÓFICA* (Personal/Philosophical Exemption)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (difteria) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (neumococo) |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough) (tos ferina) | <input type="checkbox"/> Tetanus (tétanos) | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox) (varicela) |

* Es posible que el sarampión, las paperas y la rubéola no puedan eximirse por motivos personales/filosóficos según la ley del estado

EXENCIÓN RELIGIOSA (Religious Exemption)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (difteria) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hib | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (neumococo) |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough) (tos ferina) | <input type="checkbox"/> Tetanus (tétanos) | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox) (varicela) |
| <input type="checkbox"/> Measles (sarampión) | <input type="checkbox"/> Mumps (paperas) | <input type="checkbox"/> Rubella (rubéola) | |

Declaración del padre o tutor (Parent/Guardian Declaration)

Al menos una de las vacunas requeridas está en conflicto con mis creencias personales, filosóficas o religiosas. He analizado los beneficios y los riesgos de las inmunizaciones con el profesional de atención médica (que firma a continuación). Me informaron que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se excluya a mi hijo de su escuela o centro de cuidado infantil mientras dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

X

Nombre del padre o tutor (en imprenta)

Firma del padre o tutor

Fecha

Health Care Practitioner Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

Exención por afiliación religiosa (Religious Membership Exemption)

Complete esta sección ÚNICAMENTE si pertenece a una iglesia o religión que se opone a la utilización del tratamiento médico. Use la sección anterior si tiene una objeción religiosa a las vacunaciones, pero las creencias o enseñanzas de su iglesia o religión permiten que su hijo sea tratado por profesionales médicos, tales como médicos y enfermeros.

Declaración del padre o tutor (Parent/Guardian Declaration)

Yo soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente. Afirmo que soy miembro de una iglesia o religión cuyas enseñanzas no permiten que proveedores de atención médica brinden tratamiento médico a mi hijo. Me informaron que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se excluya a mi hijo de su escuela o centro de cuidado infantil mientras dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

X

Nombre del padre o tutor (en imprenta)

Firma del padre o tutor

Fecha

Certificate of Exemption—Medical (Certificado de exención: médica)

Para requisitos de vacunación escolar, de cuidado infantil y preescolar



Apellido del niño:

Nombre:

Inicial del segundo nombre: Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

AVISO: Es posible que este formulario se utilice para eximir a un niño del requisito de la vacunación ante la decisión de un profesional de atención médica de que una vacunación específica no es recomendable para el niño por motivos médicos. Un profesional de atención médica debe completar este formulario y el padre o tutor debe firmarlo. Es posible que el niño o estudiante eximido sea excluido de la escuela o del centro de cuidado infantil durante un brote de la enfermedad contra la cual no han sido vacunados completamente. Las enfermedades prevenibles por las vacunas aún existen y pueden transmitirse con rapidez en los entornos escolares y de cuidado infantil.

Medical Exemption

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in his or her judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at:

www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html

*Please indicate which vaccine antigen(s) the **medical exemption** is referring to. If the patient is not exempt from certain antigen(s), mark "not exempt".*

Disease (Enfermedad)	Not Exempt (No exento)	Permanent Exempt (Exento permanente)	Temporary Exempt (Exento temporal)	Expiration Date for Temporary Medical (Fecha de vencimiento para el exento temporal)
Diphtheria (difteria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B (hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles (sarampión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps (paperas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis (tos ferina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal (neumococo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio (polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella (rubéola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus (tétanos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella (varicela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Health Care Practitioner Declaration

I declare that vaccination for the disease/s checked above is not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed in Washington State, and the information provided on this form is complete and correct.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

Declaración del parent o tutor (Parent/Guardian Declaration)

He analizado los beneficios y los riesgos de las inmunizaciones con el profesional de atención médica que otorga esta exención médica. Me informaron que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se excluya a mi hijo de su escuela o centro de cuidado infantil mientras dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

X

Nombre del parent o tutor (en imprenta)

Firma del parent o tutor

Fecha



Certificate of Exemption—Personal/Religious

Від обов'язкової імунізації в школах і дошкільних дитячих закладах

Прізвище дитини: **Ім'я дитини:** **Ініціал імені по батькові:** **Дата народження (ДД.ММ.РРРР):**

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Батьки або опікуни можуть звільнити свою дитину від зазначених нижче видів вакцинації, подавши цю заповнену форму до її школи або дошкільного дитячого закладу. Особа, звільнена від вакцинації, вважається незахищеною від захворювання або захворювань, профілактикою яких є вакцинація. Діти або учні, звільнені від вакцинації, можуть не допускатися до навчання та інших заходів, що проводяться в школах або дошкільних дитячих закладах, у період епідемії захворювання, від якого їх не вакциновано повністю. Захворювання, розвитку яких запобігає вакцинація, досі існують і можуть швидко поширюватися в умовах шкіл і дошкільних дитячих закладів. Імунізація – один із найкращих способів захисту людей від зараження й поширення захворювань, що можуть привести до тяжких хвороб, інвалідності або смерті.

Звільнення через релігійні або особисті/світоглядні переконання

Я звільняю свою дитину від обов'язкової вакцинації від зазначених нижче захворювань для відвідування школи або дошкільного дитячого закладу. (Виберіть тип звільнення та вакцинації, від яких бажаєте звільнити свою дитину):

ЗВІЛЬНЕННЯ ЧЕРЕЗ ОСОБИСТІ/СВІТОГЛЯДНІ ПЕРЕКОНАННЯ*

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Дифтерія | <input type="checkbox"/> Гепатит В | <input type="checkbox"/> Гемофільна інфекція типу b | <input type="checkbox"/> Пневмонія |
| <input type="checkbox"/> Поліоміеліт | <input type="checkbox"/> Кашлюк (коклюш) | <input type="checkbox"/> Правецець | <input type="checkbox"/> Вітряна віспа (вітрянка) |

* На кір, паротит і краснуху не поширюються норми щодо звільнення через особисті/світоглядні переконання відповідно до законодавства штату

ЗВІЛЬНЕННЯ ЧЕРЕЗ РЕЛІГІЙНІ ПЕРЕКОНАННЯ

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Дифтерія | <input type="checkbox"/> Гепатит В | <input type="checkbox"/> Гемофільна інфекція типу b | <input type="checkbox"/> Пневмонія |
| <input type="checkbox"/> Поліоміеліт | <input type="checkbox"/> Кашлюк (коклюш) | <input type="checkbox"/> Правецець | <input type="checkbox"/> Вітряна віспа (вітрянка) |
| <input type="checkbox"/> Kір | <input type="checkbox"/> Паротит | <input type="checkbox"/> Краснуха | |

Заява одного з батьків або опікуна

Принаймні одна вакцина суперечить моїм особистим, світоглядним або релігійним переконанням. Ми обговорили переваги й ризики імунізації з практикуючим лікарем (що підписався нижче). Мені пояснено, що в разі настання епідемії захворювання, якому запобігає вакцина, від якої звільнено мою дитину, протягом усього періоду епідемії дитині може бути заборонено відвідувати школу або дошкільний дитячий заклад. Відомості, зазначені у формі, є повними та правильними.

X

ПІБ одного з батьків або опікуна
(друкованими літерами)

Підпис одного з батьків або опікуна

Дата

Health Care Practitioner Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

ЗВІЛЬНЕННЯ ЧЕРЕЗ ПРИНАЛЕЖНІСТЬ ДО РЕЛІГІЇ

Заповніть цей розділ, ЛІШЕ якщо ви належите до церкви або сповідаєте релігію, що заперечує проти отримання медичної допомоги. Скористайтеся розділом вище, якщо у вас є релігійні заперечення проти вакцинації, але в цілому вірування або настановити вашої церкви чи релігії дозволяють лікування дитини медичними працівниками, як-от лікарями та медсестрами.

Заява одного з батьків або опікуна

Я – батько, мати або законний опікун названої вище дитини. Я підтверджую факт своєї принадлежності до церкви або релігії, що не дозволяє моїй дитині отримувати медичну допомогу від практикуючих лікарів. Мені пояснено, що в разі настання епідемії захворювання, якому запобігає вакцина, від якої звільнено мою дитину, протягом усього періоду епідемії дитині може бути заборонено відвідувати школу або дошкільний дитячий заклад. Відомості, зазначені у формі, є повними та правильними.

X

ПІБ одного з батьків або опікуна
(друкованими літерами)

Підпис одного з батьків або опікуна

Дата



Свідоцтво про звільнення з медичних причин

Від обов'язкової імунізації в школах і дошкільних дитячих закладах

Прізвище дитини: **Ім'я дитини:** **Ініціал імені по батькові:** **Дата народження (ДД.ММ.РРРР):**

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! За допомогою цієї форми дитину можна звільнити від обов'язкової вакцинації, якщо практикуючий лікар визначив, що конкретна вакцина є небажаною для дитини з огляду на її стан здоров'я. Цю форму повинен заповнити практикуючий лікар і підписати один із батьків або опікун. Дітям або учням, звільненим від вакцинації, може бути заборонено відвідувати школу або дошкільний дитячий заклад у період епідемії захворювання, від якого їх не вакциновано повністю. Захворювання, розвитку яких запобігає вакцинація, досі існують і можуть швидко поширюватися в умовах шкіл і дошкільних дитячих закладів.

Medical Exemption

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in their judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at: www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recommendations/contraindications.html.

*Please indicate which vaccination the **medical exemption** is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark "not exempt".*:

Захворювання	Не звільняється	Звільняється назавжди	Звільняється тимчасово	Дата завершення терміну тимчасового звільнення з медичних причин
Дифтерія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Гепатит В	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Гемофільна інфекція типу b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Кір	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Паротит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Кашлюк	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Пневмонія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Поліоміеліт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Краснуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Правець	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Вітряна віспа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Health Care Practitioner Declaration

I declare that vaccination for the disease(s) checked above is/are not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed in Washington State, and the information provided on this form is complete and correct.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

Заява одного з батьків або опікуна

Ми обговорили переваги й ризики імунізації з практикуючим лікарем, який дав згоду на це звільнення з медичних причин. Мені пояснено, що в разі настання епідемії захворювання, якому запобігає вакцина, від якої звільнено мою дитину, протягом усього періоду епідемії дитині може бути заборонено відвідувати школу або дошкільний дитячий заклад. Відомості, зазначені у формі, є повними та правильними.

X

ПІБ одного з батьків або опікуна
(друкованими літерами)

Підпис одного з батьків або опікуна

Дата