DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DE INMUNIZACIONES

Bajo los Estatutos Actualizados de Luisiana 17:170 Sec E, I _____,

padre/tutor de _____, por medio de la presente afirmo exención de los requisitos de inmunización para mi hijo por motivos médicos, religiosos o filosóficos.

Entiendo que si ocurre un brote de una enfermedad que se pudiese haber prevenido con vacunas en el sitio de la institución educativa o la instalación a la que asiste el alumno, los administradores de dicha institución educativa o instalación, según la recomendación de la oficina de salud pública, pueden excluir al alumno sin permitir que asista hasta que haya completado el período de incubación o hasta que yo presente prueba de inmunización.

_____

Nombre de la Escuela

_____

Firma de Padre/Tutor **Fecha**

_____

Firma del Representante Autorizado del Distrito o de la Escuela **Fecha**