

豁免证明 (COE)

学校、幼儿看护和幼儿园免疫要求¹



DOH 348-106 修订日期: 2008年10月15日 Chinese

| | |
|-----------------|-------------|
| 儿童姓: 名: 中间名首字母: | 儿童住址: |
| 儿童出生日期: 儿童性别: | |
| 父母/监护人姓名: | 父母/监护人日间电话: |

请选择以下适用于您的孩子的豁免项目。

临时医疗豁免

永久医疗豁免

我证明, 本表中所列姓名之儿童可获得以下疫苗的医疗豁免:

| 疫苗 | 截止日期 (或永久豁免) |
|----|--------------|
| X | |

X
打字或打印持照健康护理服务提供者姓名 (MD、DO、ND、PA、ARNP)

X
持照健康护理服务提供者签名 日期

个人/观念豁免

宗教豁免

我不希望我的孩子注射以下疫苗:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 白喉 | <input type="checkbox"/> 乙型肝炎 | <input type="checkbox"/> b型流感嗜血杆菌 |
| <input type="checkbox"/> 麻疹 | <input type="checkbox"/> 腮腺炎 | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 肺炎链球菌 | <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 | <input type="checkbox"/> 风疹 |
| <input type="checkbox"/> 破伤风 | <input type="checkbox"/> 水痘 | |

其他 (请说明):

向父母/监护人发出的通知: “我证明, 此处提供的信息准确, 且可验证。我理解, 如果爆发疫苗可预防疾病, 我的孩子 (因上述医疗、个人/观念或宗教原因) 未完全获得免疫, 我的孩子可能有患病风险, 并可能在疾病爆发结束之前被**拒绝**上学、接受幼儿看护或上幼儿园。”

家长/监护人签名 日期

¹ RCW 28A.210.080-090 规定, 在华盛顿州的任何公立学校、私立学校或持照日托中心上学的每名儿童在入学的第一天或之前必须出示以下证明之一: (1) 全面免疫注射, (2) 按照州卫生局的規定, 开始和按照免疫注射日程表接受免疫注射, 或 (3) 由家长或监护人签名的豁免证明。医疗豁免必须由持照健康护理服务提供者签名。