

Potvrda o izuzeću od vakcinacije (COE)

Za zahtjeve o vakcinaciji od škole, obdaništa i predškole¹



DOH 348-106 Revised: 10/15/08 Bosnian

Prezime djeteta:	Ime:	Incijal drugog vlastitog imena	Adresa djeteta:
Datum rođenja djeteta:	Spol djeteta:		
Ime roditelja/staratelja:			Broj telefona roditelja/staratelja:

Molimo da izaberete vrstu izuzeća koje se odnosi na vaše dijete.

Privremeno medicinsko izuzeće

Trajno medicinsko izuzeće

Potvrđujem da dijete imenovano na ovom formularu ima medicinsko izuzeće za sljedeću vakcinu(e):

Vakcina(e)	Do	Datuma (ili trajno)

X
Štampanim slovima ime ovlaštenog zdravstvenog radnika (MD, DO, ND, PA, ARNP)

X
Potpis ovlaštenog zdravstvenog radnika Datum

Izuzeće iz ličnih/filozofskih razloga

Izuzeće iz vjerskih razloga

Ne želim da moje dijete primi sljedeću vakcinu(e).

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Difterija | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hib |
| <input type="checkbox"/> Ospice | <input type="checkbox"/> Zaušnjaci | <input type="checkbox"/> Veliki kašalj |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokalna | <input type="checkbox"/> Dječija paraliza | <input type="checkbox"/> Rubeola |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Varičela (vodene kozice) | |

Drugo (navedite):

Za roditelja/staratelja: "Svjedočim da su date informacije tačne i da se mogu provjeriti. Shvatam da u slučaju epidemije bolesti koja se može spriječiti vakcinacijom i moje dijete nije u potpunosti primilo te vakcine (kao što je prethodno navedeno is medicinskih, ličnih/filozofskih ili vjerskih razloga) da moje dijete može biti pod rizikom da oboli i može biti **isključeno** iz škole, obdaništa ili predškole dok epidemija ne prestane."

Potpis roditelja/staratelja

Datum

¹ RCW 28A.210.080-090 nalaže da svako dijete koje pohađa bilo državnu ili privatnu školu ili ovlašteno obdanište u državi Washington mora pokazati jedan os sljedećih dokaza: (1) potpunu vakcinaciju, (2) da je započet raspored vakcinacije u skladu i po pravilima zakona državnog zdravstvenog odbora, ili (3) potvrdu o izuzeću od vakcinacije, potpisanu od strane roditelja/staratelja. Medicinska izuzeća moraju biti potpisana od strane ovlaštenog zdravstvenog radnika.