

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 призвести 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 (Personal/Philosophical Exemption)

☐ Дифтерія (Diphtheria)	☐ Гепатит В (Hepatitis B)	☐ Гемофільна інфекція типу b (Hib)	☐ Пневмонія (Pneumococcal)
☐ Поліомієліт (Polio)	☐ Кашлюк (Pertussis)	☐ Правець (Tetanus)	☐ Вітряна віспа (Varicella)

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

ЗВІЛЬНЕННЯ ЧЕРЕЗ РЕЛІГІЙНІ ПЕРЕКОНАННЯ (Religious Exemption)

☐ Дифтерія (Diphtheria)	☐ Гепатит В (Hepatitis B)	☐ Гемофільна інфекція типу b (Hib)	☐ Пневмонія (Pneumococcal)
☐ Поліомієліт (Polio)	☐ Кашлюк (Pertussis)	☐ Правець (Tetanus)	☐ Вітряна віспа (Varicella)
☐ Кіп (Measles)	☐ Паротит (Mumps)	☐ Краснуха (Rubella)	

Заява одного з батьків або опікуна (Parent/Guardian Declaration)

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.

ПІБ одного з батьків або опікуна (друкованими літерами)

Підпис одного з батьків або опікуна

Дата

HEALTHCARE 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. My signature does not necessarily mean I endorse this decision.

Licensed Health Care Practitioner Name (Print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ЗВІЛЬНЕННЯ ЧЕРЕЗ ПРИНАЛЕЖНІСТЬ ДО РЕЛІГІЇ

Заповніть цей розділ, **ЛИШЕ** 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 настанови 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 приналежності 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.

ПІБ одного з батьків або опікуна (друкованими літерами)

Підпис одного з батьків або опікуна

Дата

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, per RCW 28A.210.090. Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practice's (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 vaccination the **medical exemption** is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark "not exempt."*

Захворювання (Disease)	Не звільняється (Not Exempt)	Звільняється назавжди (Permanent Exempt)	Звільняється тимчасово (Temporary Exempt)	Дата завершення терміну тимчасового звільнення з медичних причин (Expiration Date for Temporary Medical)
Дифтерія (Diphtheria)	☐	☐	☐	
Гепатит В (Hepatitis B)	☐	☐	☐	
Гемофільна інфекція типу b (Hib)	☐	☐	☐	
Кір (Measles)	☐	☐	☐	
паротит (Mumps)	☐	☐	☐	
Кашлюк (Pertussis)	☐	☐	☐	
Пневмонія (Pneumococcal)	☐	☐	☐	
Поліомієліт (Polio)	☐	☐	☐	
Краснуха (Rubella)	☐	☐	☐	
Правець (Tetanus)	☐	☐	☐	
Вітряна віспа (Varicella)	☐	☐	☐	

HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION

I declare that vaccination for the disease(s) checked about 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.

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.