

الاسم الأخير للطفل: الاسم الأول: الحرف الأول من الاسم الأوسط: تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):

**ملاحظة:** يجوز لولي الأمر أو الوصي إعفاء طفله من تلقي اللقاحات الواردة أدناه من خلال استكمال هذا النموذج وتقديمه إلى المدرسة و/أو منشأة رعاية الطفل المقيد بها الطفل. ويعتبر الشخص المعفى من الحصول على لقاح ما معرضًا لخطر الإصابة بالمرض أو الأمراض التي يوفر اللقاح الوقاية منها. يجوز أن يتم استبعاد الطفل/الطالب المعفى من الحصول على اللقاح من دخول المدرسة أو أماكن رعاية الأطفال ومن المشاركة في الأنشطة، وذلك أثناء تفشي المرض الذي لم يتم تحصينه بالكامل ضده. ولا تزال الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات موجودة، ويمكن أن تنتشر بسرعة في المدارس وأماكن رعاية الأطفال. ويُعد التحصين هو إحدى أفضل الطرق لحماية الأشخاص من الإصابة بالأمراض ونقل العدوى بها، وهو ما قد يؤدي إلى إصابة الأشخاص بمرض طير، أو الإعاقة، أو الوفاة.

**إعفاء على أساس شخصي/فكري أو ديني (Personal/Philosophical or Religious Exemption)**  
أعفي طفلي من شرط الحصول على اللقاحات المضادة للمرض [الأمراض] التالية من أجل الالتحاق بالمدرسة أو منشأة رعاية الأطفال. [حدد نوع الإعفاء واللقاحات التي ترغب في إعفاء طفلك من الحصول عليها]:

**الإعفاء على أساس شخصي/فكري\* (PERSONAL/PHILOSOPHICAL EXEMPTION\*)**

<input type="checkbox"/>	الشاهوق (Pertussis)	<input type="checkbox"/>	B النزلة النزفية من النوع (Hib)	<input type="checkbox"/>	B التهاب الكبد من النوع (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	الدفتيريا (Diphtheria)
<input type="checkbox"/>	جدري الماء (Varicella)	<input type="checkbox"/>	التيتانوس (Tetanus)	<input type="checkbox"/>	شلل الأطفال (Polio)	<input type="checkbox"/>	المكورات (Pneumococcal)

\* لا يجوز إعفاء أمراض الحصبة، أو النكاف، أو الحصبة الألمانية لأسباب شخصية/فكرية وفقًا لقانون الولاية

**الإعفاء لأسباب دينية (RELIGIOUS EXEMPTION)**

<input type="checkbox"/>	الشاهوق (Pertussis)	<input type="checkbox"/>	B النزلة النزفية من النوع (Hib)	<input type="checkbox"/>	التهاب الكبد من النوع (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	الدفتيريا (Diphtheria)
<input type="checkbox"/>	جدري الماء (Varicella)	<input type="checkbox"/>	التيتانوس (Tetanus)	<input type="checkbox"/>	شلل الأطفال (Polio)	<input type="checkbox"/>	المكورات (Pneumococcal)
<input type="checkbox"/>	الحصبة الألمانية (Rubella)	<input type="checkbox"/>	النكاف (Mumps)	<input type="checkbox"/>	الحصبة (Measles)		

**إقرار ولي الأمر/الوصي (PARENT/GUARDIAN DECLARATION)**  
يتعارض واحد أو أكثر من اللقاحات المطلوبة مع معتقداتي الشخصية، أو الفكرية، أو الدينية. ولقد ناقشت فوائد ومخاطر التطعيمات مع طبيب الرعاية الصحية [الموقع أدناه]. وقد تم إبلاغي أنه في حالة حدوث تفشٍ لأحد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات التي تم إعفاء طفلي من الحصول عليها، قد يتم استبعاد طفلي من المدرسة أو منشأة رعاية الأطفال طوال مدة تفشي المرض. المعلومات الواردة في هذا النموذج كاملة وصحيحة.

اسم ولي الأمر/ الوصي (مكتوب بأحرف واضحة)

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ

**(HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION)**

موافقة الطبيب

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

MD  ND  DO  ARNP  PA

Washington License #: \_\_\_\_\_

**(Religious Membership Exemption)**

الإعفاء لأسباب العضوية الدينية

أكمل هذا القسم فقط إذا كنت تنتمي إلى إحدى الكنائس أو الديانات التي تعارض استخدام العلاج الطبي. واستخدم القسم الوارد أعلاه إذا كان لديك اعتراض لأسباب دينية على الحصول على اللقاحات، ولكن معتقدات أو تعاليم الكنيسة أو الديانة التي تنتمي إليها تسمح لطفلك بأن يُعالج من قبل الاختصاصيين الطبيين، مثل الأطباء والممرضات.

**(Parent/Guardian Declaration)**

إقرار ولي الأمر/الوصي

أقر بأنني أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني للطفل المذكور أعلاه. وأؤكد أنني عضو في إحدى الكنائس أو الديانات التي لا تسمح تعاليمها لممارسي الرعاية الصحية بتقديم العلاج الطبي لطفلي. وقد تم إبلاغي أنه في حالة حدوث تفشٍ لأحد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات التي تم إعفاء طفلي من الحصول عليها، قد يتم استبعاد طفلي من المدرسة أو منشأة رعاية الأطفال طوال مدة تفشي المرض. المعلومات الواردة في هذا النموذج كاملة وصحيحة.

الاسم الأخير للطفل: الاسم الأول: الحرف الأول من الاسم الأوسط: تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):

**ملاحظة:** يجوز استخدام هذا النموذج لإعفاء الطفل من شرط الحصول على اللقاح عندما يقرر طبيب الرعاية الصحية أنه من غير المستحسن إعطاء الطفل لقاحاً معيناً لأسباب طبية. يجب أن يستكمل طبيب الرعاية الصحية هذا النموذج وأن يوقعه ولي الأمر/الوصي. يجوز أن يتم استبعاد الطفل الطالب المعفى من الحصول على اللقاح من دخول المدرسة أو أماكن رعاية الأطفال أثناء تفشي المرض الذي لم يتم تحصينه بالكامل ضده. ولا تزال الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات موجودة، ويمكن أن تنتشر بسرعة في المدارس وأماكن رعاية الأطفال.

**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](http://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."

تاريخ انتهاء الصلاحية الطبية المؤقتة (Expiration Date for Temporary Medical)	عفى مؤقتاً (Temporary Exempt)	معفى بشكل دائم (Permanent Exempt)	غير معفى (Not Exempt)	المرض (Disease)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الدفتيريا (Diphtheria)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B التهاب الكبد من النوع (Hepatitis B)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B النزلة النزفية من النوع (Hib)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الحصبة (Measles)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النكاف (Mumps)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الشاهوق (Pertussis)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المكورات (Pneumococcal)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شلل الأطفال (Polio)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الحصبة الألمانية (Rubella)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التيتانوس (Tetanus)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جدري الماء (Varicella)

**(HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION)**

موافقة الطبيب

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 #: \_\_\_\_\_

**(PARENT/GUARDIAN DECLARATION)**

إقرار ولي الأمر/الوصي

لقد ناقشت فوائد ومخاطر التطعيمات مع طبيب الرعاية الصحية الذي يمنح هذا الإعفاء الطبي. وقد تم إبلاغي أنه في حالة حدوث تفشي لأحد الأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات التي تم إعفاء طفلي من الحصول عليها، قد يتم استبعاد طفلي من المدرسة أو منشأة رعاية الأطفال طوال مدة تفشي المرض. المعلومات الواردة في هذا النموذج كاملة وصحيحة.

اسم ولي الأمر/الوصي (مكتوب بأحرف واضحة)

توقيع ولي الأمر/الوصي

التاريخ