

Certificate of Exemption—Personal/Religious

(تصدیق معافیت — شخصی/مذهبی)



برای مکتب، مراقبت از طفل، و شرایط واکسیناسیون قبل از دوره مکتب

تخلص طفل: _____ اسم: _____ اسم وسط: _____ تاریخ تولد (ماه/روز/سال): _____

اطلاعیہ: والدین یا سرپرست میتوانند با ارسال این فورم تکمیل شده به مکتب طفل و/یا مراقبت از طفل فرزند خود را از واکسین های لیست شده در ذیل معاف نمایند. فردی که از واکسین معاف شده است در معرض خطر مرض یا امراضی قرار دارد که واکسین از آنها محافظت می کند. یک طفل/متعلم معاف شده ممکن است در جریان شیوع مرض که به طور کامل در برابر آن واکسین نشده است، از مکتب یا مراکز مراقبت از طفل و فعالیت ها حذف شود. امراض قابل پیشگیری با واکسین هنوز وجود دارند و می توانند به سرعت در مکتب و مراکز مراقبت از اطفال گسترش یابند. واکسین کردن یکی از بهترین راه ها برای محافظت از افراد در برابر ابتلا و انتشار امراضی می باشد که ممکن است منجر به مریضی جدی، معلولیت یا مرگ شود.

معافیت شخصی/فلسفی یا مذهبی (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

من طفل ام را از شرط واکسین شدن در برابر مرض(امراض) ذیل برای حضور در مکتب یا مراقبت از طفل معاف می کنم. (یک نوع معافیت و واکسین هایی را که می خواهید طفل تان را از آن معاف کنید انتخاب ننمائید):

معافیت شخصی/فلسفی * (Personal/Philosophical Exemption)

<input type="checkbox"/> نیوموکوکل (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/> هیب (Hib)	<input type="checkbox"/> هپتایتس B (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> دیفتیری (Diphtheria)
<input type="checkbox"/> واریسلا (آبله مرغان) (Varicella)	<input type="checkbox"/> تیتانوس (Tetanus)	<input type="checkbox"/> سیاه سرفه (Pertussis)	<input type="checkbox"/> پولیو (Polio)

* سرخکان، اوریون یا روبیلا ممکن است به دلایل شخصی/فلسفی طبق قانون ایالتی معاف نشوند

معافیت مذهبی (Religious Exemption)

<input type="checkbox"/> نیوموکوکل (Pneumococcal)	<input type="checkbox"/> هیب (Hib)	<input type="checkbox"/> هپتایتس B (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/> دیفتیری (Diphtheria)
<input type="checkbox"/> واریسلا (آبله مرغان) (Varicella)	<input type="checkbox"/> تیتانوس (Tetanus)	<input type="checkbox"/> سیاه سرفه (Pertussis)	<input type="checkbox"/> پولیو (Polio)
	<input type="checkbox"/> روبیلا (Rubella)	<input type="checkbox"/> گوشک (Mumps)	<input type="checkbox"/> سرخکان (Measles)

ابلاغیه والدین/سرپرست (Parent/Guardian Declaration)

یک یا چند مورد از واکسین های مورد نیاز با عقاید شخصی، فلسفی یا مذهبی من در تضاد است. من در مورد مزایا و خطرات واکسیناسیون با داکتر مراقبت های صحتی صحبت کرده ام (در ذیل امضاء نموده). به من گفته شده است که اگر شیوع مرض قابل پیشگیری با واکسین رخ دهد و طفل ام از آن معاف شود، ممکن است طفل ام در طول مدت شیوع از مکتب یا مراقبت از طفل خود حذف شود. معلومات این فورم کامل و صحیح است.

_____ X
 تاریخ امضای والدین/سرپرست اسم والدین/سرپرست(چاپ)

Health Care 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.

X
 Licensed Health Care Practitioner Name (print) _____ Licensed Health Care Practitioner Signature _____ Date _____
 MD ND DO ARNP PA Washington License # _____

معافیت عضویت مذهبی (Religious Membership Exemption)

این بخش را صرف در صورتی که به کلیسا یا مذهبی تعلق دارید که با استفاده از تداوی طبی مخالف است، تکمیل کنید. اگر مخالفت مذهبی با واکسین دارید، اما اعتقادات یا آموزه های کلیسا یا دین شما اجازه میدهد که طفل شما توسط متخصصین طبی مانند داکتران و نرس ها تداوی شود، از بخش بالا استفاده کنید.

ابلاغیه والدین/سرپرست (Parent/Guardian Declaration)

من والدین/سرپرست قانونی طفل که اسم اش در فوق ذکر شده هستم. من تأیید می کنم که عضو یک کلیسا یا مذهبی هستم که تدریس آن به داکتران مراقبت های صحتی اجازه نمی دهد تا طفل ام را تداوی طبی نمایند. به من گفته شده است که اگر شیوع مرض قابل پیشگیری با واکسین رخ دهد و طفل ام از آن معاف شود، ممکن است طفل ام در طول مدت شیوع از مکتب یا مراقبت از طفل خود حذف شود. معلومات این فورم کامل و صحیح است.

_____ X
 تاریخ امضای والدین/سرپرست اسم والدین/سرپرست(چاپ)

Certificate of Exemption—Medical (تصدیق معافیت — طبی)



برای مکتب، مراقبت از طفل، و شرایط واکسیناسیون قبل از دوره مکتب

تخلص طفل:

اسم:

اسم وسط:

تاریخ تولد (ماه/روز/سال):

اطلاعیه: این فورم ممکن است برای معافیت طفل از نیاز به واکسین استفاده شود، زمانی که یک داکتر مراقبت صحتی تشخیص داده است که واکسین خاصی برای طفل به دلایل طبی توصیه نمی شود. این فورم باید توسط یک داکتر مراقبت های صحتی تکمیل شده و توسط والدین/سرپرست امضا شود. یک طفل/متعلم معاف شده ممکن است در جریان شیوع مرض که به طور کامل در برابر آن واکسین نشده است، از مکتب یا مراکز مراقبت از طفل و فعالیت ها حذف شود. امراض قابل پیشگیری با واکسین هنوز وجود دارند و می توانند به سرعت در مکاتب و مراکز مراقبت از اطفال گسترش یابند.

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 (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (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."

Expiration Date for Temporary Medical (تاریخ انقضا برای طبی موقتی)	Temporary Exempt (معاف موقتی است)	Permanent Exempt (معاف دائمی است)	Not Exempt (معاف نیست)	Disease (مرض)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diphtheria (دیفتری)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B (هپتایتس B)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hib (هیب)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Measles (سرخکان)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps (گوشک)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pertussis (سپاه سرفه)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumococcal (نیوموکوکال)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio (پولیو)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubella (روبیلا)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tetanus (تیتانوس)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicella (وارسیلا)

Health Care Practitioner Declaration

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

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

MD ND DO ARNP PA

Washington License # _____

(Parent/Guardian Declaration) سرپرست والدین

من مزایا و خطرات واکسین کردن را با داکتر ارائه دهنده این معافیت طبی در میان گذاشته ام. به من گفته شده است که اگر شیوع مرض قابل پیشگیری با واکسین رخ دهد و طفل ام از آن معاف شود، ممکن است طفل ام در طول مدت شیوع از مکتب یا مراقبت از طفل خود حذف شود. معلومات این فورم کامل و صحیح است.

X

تاریخ

امضای والدین/سرپرست

اسم والدین/سرپرست (چاپ)