

# Certificate of Exemption—Personal/Religious

Від обов'язкової імунізації в школах і дошкільних дитячих закладах

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 (Personal/Philosophical/Religious Exemption)**  
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)

- |                                      |  |   |   |
|--------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Дифтерія    | <input type="checkbox"/> Гепатит В       | <input type="checkbox"/> Гемофільна інфекція типу b | <input type="checkbox"/> Пневмонія                |
| <input type="checkbox"/> Поліомієліт | <input type="checkbox"/> Кашлюк (коклюш) | <input type="checkbox"/> Правець                    | <input type="checkbox"/> Вітряна віспа (вітрянка) |

\* На кір, паротит і краснуху не поширюються норми щодо звільнення через особисті/світоглядні переконання відповідно до законодавства штату

### ЗВІЛЬНЕННЯ ЧЕРЕЗ РЕЛІГІЙНІ ПЕРЕКОНАННЯ (Religious Exemption)

- |                                      |  |   |   |
|--------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Дифтерія    | <input type="checkbox"/> Гепатит В       | <input type="checkbox"/> Гемофільна інфекція типу b | <input type="checkbox"/> Пневмонія                |
| <input type="checkbox"/> Поліомієліт | <input type="checkbox"/> Кашлюк (коклюш) | <input type="checkbox"/> Правець                    | <input type="checkbox"/> Вітряна віспа (вітрянка) |
| <input type="checkbox"/> Кір         | <input type="checkbox"/> Паротит         | <input type="checkbox"/> Краснуха                   |   |

### 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.

X

\_\_\_\_\_  
ПІБ одного з батьків або опікуна  
(друкованими літерами)

\_\_\_\_\_  
Підпис одного з батьків або опікуна

\_\_\_\_\_  
Дата

### 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 # \_\_\_\_\_

### ЗВІЛЬНЕННЯ ЧЕРЕЗ ПРИНАЛЕЖНІСТЬ ДО РЕЛІГІЇ (Religious Membership Exemption)

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 (Parent/Guardian Declaration)

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.

X

\_\_\_\_\_  
ПІБ одного з батьків або опікуна  
(друкованими літерами)

\_\_\_\_\_  
Підпис одного з батьків або опікуна

\_\_\_\_\_  
Дата



# Certificate of Exemption—Medical

## Свідоцтво про звільнення з медичних причин

Від обов'язкової імунізації в школах і дошкільних дитячих закладах

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 (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](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.":

Disease (Захворювання)	Not Exempt (Не звільняється)	Temporary Exempt (Звільняється назавжди)	Permanent Exempt (Звільняється тимчасово)	Expiration Date for Temporary Medical (Дата завершення терміну тимчасового звільнення з медичних причин)
Diphtheria (Дифтерія)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B (Гепатит В)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (Гемофільна інфекція типу b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles (Кіп)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps (Паротит)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis (Кашлюк)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal (Пневмонія)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio (Поліомієліт)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella (Краснуха)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus (Правець)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella (Вітряна віспа)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 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 # \_\_\_\_\_

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

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.

X \_\_\_\_\_  
ПІБ одного з батьків або опікуна \_\_\_\_\_ Підпис одного з батьків або опікуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(друкованими літерами)