

# Заявление о религиозном освобождении

Форма HES 113  
для школ штата Монтана



По вопросам обращайтесь в Программу иммунизации штата Монтана по телефону (406) 444-5580

Полное имя учащегося \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Школа: \_\_\_\_\_

Если учащемуся менее 18 лет, имя родителя, опекуна или другого лица, ответственного за уход и опеку над учащимся: \_\_\_\_\_

Адрес и город: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся, клянусь или подтверждаю под присягой, что иммунизация против следующих заболеваний противоречит моим религиозным принципам и практикам:

☐ Дифтерия, коклюш, столбняк (АКДС, ДТ, Tdap)

☐ Полиомиелит

☐ Корь, паротит и краснуха (КПК)

☐ Ветряная оспа (ветрянка)

☐ Гемофильная инфекция типа b (ХИБ)

☐ Другое: \_\_\_\_\_

Я понимаю, что:

В соответствии с разделом 20-5-405 МСА, в случае вспышки одного из перечисленных выше заболеваний, освобожденный от иммунизации учащийся может быть отстранен от посещения школы местным санитарным врачом или Департаментом общественного здравоохранения и социальных служб до тех пор, пока учащийся не перестанет подвергаться риску заражения или передачи данного заболевания.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_