

Заява про звільнення за релігійними переконаннями

Форма HES 113
Школи штату Монтана



З питаннями звертайтеся до Програми імунізації штату Монтана за телефоном (406) 444-5580

Повне ім'я учня: _____

Дата народження _____ Вік _____ Стать _____

Школа: _____

Якщо учню менше 18 років, ім'я одного з батьків, опікуна або іншої особи, відповідальної за догляд та опіку над учнем: _____

Адреса та місто: _____

Телефон: _____

Я, нижчепідписаний, клянуся або стверджую під присягою, що імунізація проти наступного суперечить моїм релігійним принципам та практикам:

☐ Дифтерія, кашлюк, правець (DTaP, DT, Tdap)

☐ Поліомієліт

☐ Кір, епідемічний паротит та краснуха (MMR)

☐ Вітряна віспа

☐ Гемофільна інфекція типу b (Hib)

☐ Інше: _____

Я розумію, що:

Відповідно до розділу 20-5-405, МСА, у випадку спалаху одного з захворювань, перелічених вище, учень, який отримав вищезазначене звільнення, може бути відсторонений від школи місцевим санітарним лікарем або Департаментом громадського здоров'я та соціальних служб до тих пір, поки учень більше не буде під ризиком зараження або передачі цього захворювання.

Підпис: _____ Дата: _____