

Certificate of Exemption - Personal/Religious

From School, Childcare, and Preschool Immunization Requirements *Complete the box for the desired exemption type*



Child's Last Name: _____ **First Name:** _____ **Middle Initial:** _____ **Birthdate** (mm/dd/yyyy): _____ **Gender:** _____

NOTICE: A parent or guardian may exempt their child from some or all vaccinations listed below by submitting this completed form to the child's school and/or child care. A person who has been exempted from a vaccination is considered at risk for the disease or diseases for which the vaccination offers protection. Exempted children/students may be excluded from school or child care settings and activities during an outbreak of the disease that they have not been fully vaccinated against. The diseases vaccines can protect against still exist, and can spread quickly in school and child care settings. Immunizations are one of the best ways to protect people from getting and spreading diseases that may result in serious illness, disability, or death.

Personal/Philosophical or Religious Exemption

Exemption Type: Personal/Philosophical Religious

I am exempting my child from the requirement that my child be vaccinated against the following diseases to attend school or child care:

Diphtheria Hepatitis B Hib Measles Mumps Pertussis (whooping cough)
 Pneumococcal Polio Rubella Tetanus Varicella (chickenpox)

Parent/Guardian Declaration

One or more of the required vaccines are in conflict with my personal, philosophical or religious beliefs. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the health care practitioner below. I have received notice that if an outbreak of vaccine-preventable disease for which my child is exempted occurs, my child may be excluded from the school or child care center for the duration of the outbreak. The information on this form is complete and correct.

Parent/Guardian Name (print)

Parent/Guardian Signature

Date

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 am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

MD ND DO ARNP PA

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

Religious Membership Exemption

Complete this section **ONLY** if you belong to a church or religion that objects to the use of medical treatment. Use the section above if you have a religious objection to vaccinations but the beliefs or teachings of your church or religion allow for your child to be treated by medical professionals such as doctors and nurses.

Parent/Guardian Declaration

I am the parent or legal guardian of the above named child. I affirm that I am a member of a church or religion whose teaching preclude health care practitioners from providing medical treatment to my child. I have received notice that if an outbreak of vaccine-preventable disease for which my child is exempted occurs, my child may be excluded from the school or child care center for the duration of the outbreak. The information on this form is complete and correct.

Parent/Guardian Name (print)

Parent/Guardian Signature

Date

Name of Church or Religion of which you are a member: _____

Certificate of Exemption - Medical

From School, Childcare, and Preschool Immunization Requirements *Complete the box for the desired exemption type*



Child's Last Name: _____ **First Name:** _____ **Middle Initial:** _____ **Birthdate** (mm/dd/yyyy): _____ **Gender:** _____

NOTICE: A parent or guardian may exempt their child from some or all vaccinations listed below by submitting this completed form to the child's school and/or child care. A person who has been exempted from a vaccination is considered at risk for the disease or diseases for which the vaccination offers protection. Exempted children/students may be excluded from school or child care settings and activities during an outbreak of the disease that they have not been fully vaccinated against. The diseases that vaccines can protect against still exist, and can spread quickly in school and child care settings. Immunizations are one of the best ways to protect people from getting and spreading diseases that may result in serious illness, disability, or death.

Medical Exemption *Licensed Health Care Practitioner (MD, ND, DO, ARNP, PA) completes this section.*

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine antigen required by rule of the state board of health only if in his or her medical judgment, the vaccine antigen is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine antigen is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine ([RCW 28A.210.090](#)). Guidance for medical exemptions for vaccination can be obtained from the contraindications, indications, and precautions described in the vaccine manufacturer's package insert and by the most recent recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) available in the Centers for Disease Control and Prevention publication, Guide to Vaccine Contraindications and Precautions. This guide can be found at the following website: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>

Please indicate which vaccine antigen(s) the **medical** exemption is referring to:

Disease	Permanent	Temporary	Expiration Date for Temporary Medical
Diphtheria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I declare that vaccination for the disease/s checked above is 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 am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

MD ND DO ARNP PA

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

Parent/Guardian Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the health care practitioner granting this medical exemption. I have received notice that if an outbreak of vaccine-preventable disease for which my child is exempted occurs, my child may be excluded from the school or child care center for the duration of the outbreak. The information on this form is complete and correct.

Parent/Guardian Name (print)

Parent/Guardian Signature

Date

Свидетельство об освобождении - причины личного/философского характера

Certificate of Exemption - Personal/Religious

От требований школы, детского сада или дошкольного учреждения об иммунизации *Указать в рамке тип требуемого освобождения*

Фамилия ребёнка: (Child's Last Name)	Имя: (First Name)	Средний инициал: (Middle Initial)	Дата рождения (мм/дд/гггг): (Birthdate)	Пол: (Gender)
--	-----------------------------	---	---	-------------------------

ПРИМЕЧАНИЕ: Родитель или опекун может освободить своего ребёнка от некоторых или всех указанных ниже прививок, передав настоящую заполненную форму в школу и (или) дошкольное учреждение своего ребёнка. Лица, получившее освобождение от прививок, считается подверженным риску заболевания или заболеваний, защиту от которых предлагает такая прививка. Получившие освобождение дети/учащиеся могут не допускаться на территорию или мероприятия школы или дошкольного учреждения в период эпидемии того заболевания, от которого они не были полностью вакцинированы. Те заболевания, против которых предназначены вакцины, всё ещё существуют и могут быстро распространяться в условиях школы или дошкольного учреждения. Иммунизация - один из лучших способов защищать людей от заболевания и распространения болезней, которые могут привести к серьёзному расстройству, инвалидности или смерти.

Освобождение по причинам личного/философского или религиозного характера (Personal/Religious Exemption)

Тип освобождения: Причины личного/философского характера (Personal) Причины религиозного характера (Religious)

Я освобождаю своего ребёнка от требования о его (её) вакцинации от следующих заболеваний с целью посещения школы или дошкольного учреждения (Parent/Guardian checks and signs this section):

- Дифтерия (Diphtheria) Гепатит В (Hepatitis B) Гемофильный грипп типа b (Hib) Корь (Measles) Свинка (Mumps)
 Коклюш (судорожный кашель) (Pertussis) Пневмококковые (Pneumococcal) Полиомиелит (Polio) Краснуха (Rubella)
 Столбняк (Tetanus) Ветрянка (ветряная оспа) (Varicella)

Декларация родителя/опекуна

Одна или несколько требуемых вакцин противоречат моим личным, философским или религиозным убеждениям. Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с указанным ниже практикующим врачом. Я получил(а) уведомление о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребёнок освобождён, мой ребёнок может не допускаться на территорию школы или дошкольного учреждения в период существования такой эпидемии. Приведённая в настоящей форме информация является полной и достоверной.

ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата

Health Care Practitioner Declaration (Декларация практикующего врача)

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

MD ND DO ARNP PA

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

Освобождение для членов религиозных сообществ (Religious Membership Exemption)

Заполняйте этот раздел **ТОЛЬКО** в случае, если ваша церковь или религия возражает против оказания медицинской помощи. Заполните приведённый выше раздел, если у вас имеются возражения религиозного характера против вакцинации, но при этом верования или учение вашей церкви или религии допускают лечение вашего ребёнка такими медицинскими специалистами, как врачи и медсёстры.

Декларация родителя/опекуна

Я являюсь родителем или официальным опекуном вышеуказанного ребёнка. Я подтверждаю, что я являюсь членом церкви или исповедую религию, учение которой не допускают оказание практикующими врачами медицинской помощи моему ребёнку. Я получил(а) уведомление о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребёнок освобождён, мой ребёнок может не допускаться на территорию школы или дошкольного учреждения в период существования такой эпидемии. Приведённая в настоящей форме информация является полной и достоверной.

ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата

Название вашей церкви или религии: _____

Свидетельство об освобождении - причины медицинского характера



Certificate of Exemption - Medical

От требований школы, детского сада или дошкольного учреждения об иммунизации *Указать в рамке тип требуемого освобождения*

Фамилия ребёнка: (Child's Last Name)	Имя: (First Name)	Средний инициал: (Middle Initial)	Дата рождения (мм/дд/гггг): (Birthdate)	Пол: (Gender)
--	-----------------------------	---	---	-------------------------

ПРИМЕЧАНИЕ: Родитель или опекун может освободить своего ребёнка от некоторых или всех указанных ниже прививок, передав настоящую заполненную форму в школу и (или) дошкольное учреждение своего ребёнка. Лица, получившее освобождение от прививок, считается подверженным риску заболевания или заболеваний, защиту от которых предлагает такая прививка. Получившие освобождение дети/учащиеся могут не допускаться на территорию или мероприятия школы или дошкольного учреждения в период эпидемии того заболевания, от которого они не были полностью вакцинированы. Те заболевания, от которых могут защитить вакцины, всё ещё существуют и могут быстро распространяться в условиях школы или дошкольного учреждения. Иммунизация - один из лучших способов защищать людей от заболевания и распространения болезней, которые могут привести к серьёзному расстройству, инвалидности или смерти.

Medical Exemption *Licensed Health Care Practitioner (MD, ND, DO, ARNP, PA) completes this section.*

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine antigen required by rule of the state board of health only if in his or her medical judgment, the vaccine antigen is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine antigen is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090).

Guidance for medical exemptions for vaccination can be obtained from the contraindications, indications, and precautions described in the vaccine manufacturer's package insert and by the most recent recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) available in the Centers for Disease Control and Prevention publication, Guide to Vaccine Contraindications and Precautions. This guide can be found at the following website: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>

Please indicate which vaccine antigen(s) the **medical** exemption is referring to:

Disease (Заболевание)	Permanent (Постоянное)	Temporary (Временное)	Expiration Date for Temporary Medical (Дата истечения срока временного медицинского)
Diphtheria (Дифтерия)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B (Гепатит В)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (Гемофильный грипп типа b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles (Корь)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps (Свинка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis (Коклюш)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal (Пневмококковые)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio (Полиомиелит)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella (Краснуха)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus (Столбняк)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella (Ветрянка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I declare that vaccination for the disease/s checked above is 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 am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

MD ND DO ARNP PA

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

Декларация родителя/опекунa (Parent/Guardian Declaration)

Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с практикующим врачом, дающим это освобождение по причинам медицинского характера. Я получил(а) уведомление о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребёнок освобождён, мой ребёнок может не допускаться на территорию школы или дошкольного учреждения в период существования такой эпидемии. Приведённая в настоящей форме информация является полной и достоверной.

ФИО родителя/опекунa (печатными буквами)

Подпись родителя/опекунa

Дат

Certificado de Exención - Personal/Religioso

Certificate of Exemption - Personal/Religious

Requisitos de vacunación de escuelas, guarderías y preescolar *Complete el cuadro para el tipo de exención deseada*



Apellido(s) del niño: (Child's Last Name) **Nombre:** (First Name) **Inicial (2^{do}. Nombre):** (Middle Initial) **Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa): (Birthdate) **Género/Sexo:** (Gender)

AVISO: Un padre o tutor puede eximir a su hijo de algunas o todas las vacunas enumeradas a continuación al enviar este formulario completo a la escuela y/o cuidado infantil del niño. Una persona que ha sido exenta de una vacuna se considera en riesgo de contraer la enfermedad o enfermedades para las que la vacuna ofrece protección. Los niños/estudiantes exentos pueden ser excluidos de las instalaciones y actividades de la escuela o guardería durante un brote de la enfermedad contra el que no se hayan vacunado completamente. Las enfermedades contra las que las vacunas pueden proteger aún existen, y pueden diseminarse rápidamente en la escuela y en el entorno de cuidado infantil. Las vacunas son una de las mejores formas de proteger a las personas contra la transmisión y propagación de enfermedades que pueden provocar enfermedades graves, discapacidad o la muerte.

Exención Personal/Filosófica o Religiosa (Personal/Religious Exemption)

Tipo de Exención: Personal/Filosófica (Personal) Religiosa (Religious)

Exento a mi hijo del requisito de que sea vacunado contra las siguientes enfermedades para asistir a la escuela/guardería: (For parent/guardian to check and sign)

- Difteria (Diphtheria) Hepatitis B Hib Sarampión (Measles) Paperas (Mumps)
 Tos ferina (Pertussis) Neumococo (Pneumococcal) Polio Rubéola (Rubella) Tétanos (Tetanus)
 Varicela

Declaración del Padre/Tutor

Una o más de las vacunas requeridas están en conflicto con mis creencias personales, filosóficas o religiosas. Discutí los beneficios y riesgos de las vacunas con el profesional de la salud de abajo. He recibido un aviso de que si se produce un brote de enfermedad prevenible mediante vacunación para el cual mi hijo está exento, mi hijo puede ser excluido de la escuela o guardería infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario es completa y correcta.

Nombre del padre/tutor (imprima)

Firma del padre/tutor

Fecha

Health Care Practitioner Declaration (Declaración del profesional de la salud)

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

MD ND DO ARNP PA

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

Exención de Membresía Religiosa (Religious Membership Exemption)

Complete esta sección **SÓLO** si pertenece a una iglesia o religión que objeta el uso del tratamiento médico. Use la sección anterior si tiene una objeción religiosa a las vacunas, pero las creencias o enseñanzas de su iglesia o religión permiten que su hijo sea tratado por profesionales médicos como médicos y enfermeras.

Declaración del Padre/Tutor

Soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente. Afirmo que soy miembro de una iglesia o religión cuyas enseñanzas impiden que los profesionales de la salud brinden tratamiento médico a mi hijo. He recibido un aviso de que si se produce un brote de enfermedad prevenible mediante vacunación para el cual mi hijo está exento, mi hijo puede ser excluido de la escuela o guardería infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario es completa y correcta.

Nombre del padre/tutor (imprima)

Firma del padre/tutor

Fecha

Nombre de la iglesia o religión de la cual usted es miembro: _____

Certificado de Exención Médica

Certificate of Exemption - Medical



Requisitos de vacunación de escuelas, guarderías y preescolar *Complete el cuadro para el tipo de exención deseada*

Apellido(s) del niño: (Child's Last Name) **Nombre:** (First Name) **Inicial (2^{do}. Nombre):** (Middle Initial) **Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):** (Birthdate) **Género/Sexo:** (Gender)

AVISO: Un padre o tutor puede eximir a su hijo de algunas o todas las vacunas enumeradas a continuación al enviar este formulario completo a la escuela y/o cuidado infantil del niño. Una persona que ha sido exenta de una vacuna se considera en riesgo de contraer la enfermedad o enfermedades para las que la vacuna ofrece protección. Los niños/estudiantes exentos pueden ser excluidos de las instalaciones y actividades de la escuela o guardería durante un brote de la enfermedad contra el que no se hayan vacunado completamente. Las enfermedades contra las que las vacunas pueden proteger aún existen, y pueden diseminarse rápidamente en la escuela y en el entorno de cuidado infantil. Las vacunas son una de las mejores formas de proteger a las personas contra la transmisión y propagación de enfermedades que pueden provocar enfermedades graves, discapacidad o la muerte.

Medical Exemption *Licensed Health Care Practitioner (MD, ND, DO, ARNP, PA) completes this section.*

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine antigen required by rule of the state board of health only if in his or her medical judgment, the vaccine antigen is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine antigen is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine ([RCW 28A.210.090](http://www.wa.gov/RCW28A210090)). Guidance for medical exemptions for vaccination can be obtained from the contraindications, indications, and precautions described in the vaccine manufacturer's package insert and by the most recent recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) available in the Centers for Disease Control and Prevention publication, Guide to Vaccine Contraindications and Precautions. This guide can be found at the following website: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html>

Please indicate which vaccine antigen(s) the **medical** exemption is referring to:

Disease (Enfermedad)	Permanent (Permanente)	Temporary (Temporal)	Expiration Date for Temporary Medical (Fecha de expiración para exenciones médicas temporales)
Diphtheria (Difteria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis B (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hib (Hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Measles (Sarampión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mumps (Paperas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertussis (Tos ferina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pneumococcal (Neumococo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polio (Polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubella (Rubéola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tetanus (Tétanos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varicella (Varicela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I declare that vaccination for the disease/s checked above is 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 am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed under Title 18 RCW, and the information provided on this form is complete and correct.

MD ND DO ARNP PA

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

Declaración del Padre/Tutor (Parent/Guardian Declaration)

He discutido los beneficios y riesgos de las vacunas con el profesional de la salud que otorga esta exención médica. He recibido un aviso de que si se produce un brote de enfermedad prevenible mediante vacunación para el cual mi hijo está exento, mi hijo puede ser excluido de la escuela o del centro de cuidado infantil durante el tiempo que dure el brote. La información en este formulario es completa y correcta.

Nombre del padre/tutor (imprima)

Firma del padre/tutor

Fecha