

Request for Exemption to Immunization Schools

If you wish for your child to be exempt from the immunization requirements, this form must be completed, signed and returned to the school. By state law, (A.R.S. ' 15-873) your child will not be allowed to attend school until either a record of immunization or this exemption statement is submitted. Please indicate below the type of exemption requested and complete all required information. **In the event of an outbreak of a vaccine preventable disease for which you can not provide proof of immunity of your child, your child will not be allowed to attend school until the risk period ends.**

Medical Reasons - If the immunization would be a health risk to the child because of pre-existing medical conditions, you must sign the statement below *along with your physician's signature*. Your physician must state the reason for the medical exemption. The exemption may be for one or more vaccines, and may be either permanent or temporary. If the condition is temporary, the date of its end must be given, at which time the child must receive any necessary vaccine doses.

Personal Beliefs - If immunizations are against your personal beliefs, you must sign below to exempt your child from the requirements.

Laboratory Evidence - If your child has previously had a vaccine preventable disease, immunization against that disease is not required if laboratory evidence of immunity signed by a physician can be provided. *Copies of lab results must accompany this request.*

Complete And Return This Form To Your Child's School:

I hereby request an exemption from the immunization requirements for the child listed below, have received information about immunization and understand the risks and possible outcomes of this decision.

Child's Name _____ Date of Birth _____
(month, day, year)

Type of exemption requested:
(Mark one)

For the following vaccines:
(Mark all that apply)

Medical* (See below)

Personal Beliefs

Laboratory Evidence

Diphtheria Tetanus Pertussis

Measles Mumps Rubella

Polio Hepatitis B Varicella

Meningococcal

* If a medical exemption is marked, complete the following:

Reason for medical exemption: _____

Length of exemption: Permanent: _____ Temporary until: _____

Required Signatures: Parent or guardian must sign all requests and physician must also sign any requests for medical or laboratory evidence exemptions:

Parent or Guardian

Physician

Printed Name

Printed Name

Date: month, day, year

Date: month, day, year

Solicitud De Exencion De Inmunizacion Para Escuelas

Si Ud. quiere que a su hijo se le exente de los requisitos de inmunización, es necesario rellenar, firmar, y devolver a la escuela esta solicitud. Según ley estatal (A.R.S. ' 15-873) a su hijo no se le permitirá asistir a la guardería sin haber presentado su libro de vacunas o esta solicitud de exención. Favor de indicar abajo la clase de exención que Ud. pide y rellene la información necesaria. **En el caso de un brote de una enfermedad que se podría prevenir con vacuna, si Ud. no puede presentar prueba de inmunidad para su hijo no se le permitirá asistir a la escuela hasta que pase el período de riesgo.**

Motivos Medicos - Si vacunarse sería un riesgo a la salud de su hijo a causa de un problema médico ya existente, ambos Ud. y el médico deben firmar la declaración que se encuentra abajo. El médico tiene que afirmar el motivo de la exención. Se puede exentar de una o más vacunas y cada exención puede ser ó temporal ó permanente. Si el problema médico es temporal, se debe indicar la fecha esperada de su final. Es a partir de esta fecha que será obligatorio vacunarle a su hijo.

Creencias Personales - Si vacunarse va en contra de creencias personales que tiene Ud., hay que firmar la declaración abajo para exentar a su hijo de las vacunas requeridas.

Prueba De Laboratorio - Si su hijo ya ha sufrido de una de las enfermedades contra las que se suele vacunar, no es necesario que se le vacune contra esa enfermedad siempre que Ud. pueda presentar prueba de inmunidad que procede de un laboratorio, firmada por el médico. *Copias de los resultados del laboratorio tienen que acompañar esta solicitud.*

Favor De Rellenar Y Devolver Esta Solicitud A La Escuela De Su Hijo:

Solicito una exención de los requisitos de inmunización para el niño indicado abajo. He recibido información sobre las vacunas y entiendo los posibles riesgos y consecuencias de esta decisión.

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____
(mes , día, año)

La clase de exención que se pide:
(Marque uno)

Para las vacunas siguientes:
(Marque todas que corresponden)

Motivo médico* (Vease abajo)
 Creencias personales
 Prueba de laboratorio

Difteria Tétanos Tos ferina
 Sarampión Paperas Rubéola
 Polio Hepatitis B Varicela
 Meningococicas

* Si Ud. declara exención por motivo médico, rellene lo siguiente:

Motivo de la exención por motivo medico: _____

Duración de la exención: Permanente _____ Temporal hasta: _____

Firmas necesarias: Se requiere que un padre, madre, o tutor firme esta solicitud. También es necesaria la firma del médico.

Padre, madre, o tutor

Médico

Nombre escrito en letras de imprenta

Nombre escrito en letras de imprenta

Fecha: mes, día, año

Fecha: mes, día, año