

Child's Name: _____

IDAHO SCHOOL IMMUNIZATION REQUIREMENTS EXEMPTION

In the event of a disease outbreak, a child exempted from Idaho school immunization requirements may be excluded from school for the duration of the outbreak. Please check the box(es) below, and date each line regarding all vaccine-preventable diseases for which an exemption is claimed.

- | | | | |
|--|-------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (DTaP, Tdap, Td) | _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | _____ |
| | Date | | Date |
| <input type="checkbox"/> Tetanus (DTaP, Tdap, Td) | _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | _____ |
| | Date | | Date |
| <input type="checkbox"/> Pertussis (Whooping Cough) (DTaP, Tdap) | _____ | <input type="checkbox"/> Meningococcal | _____ |
| | Date | | Date |
| <input type="checkbox"/> Measles (MMR) | _____ | <input type="checkbox"/> Varicella (Chickenpox) | _____ |
| | Date | | Date |
| <input type="checkbox"/> Mumps (MMR) | _____ | <input type="checkbox"/> Varicella Disease History: My child has had chickenpox but was not diagnosed by a licensed healthcare professional. | _____ |
| | Date | | Date |
| <input type="checkbox"/> Rubella (German Measles) (MMR) | _____ | | _____ |
| | Date | | Date |
| <input type="checkbox"/> Polio | _____ | <input type="checkbox"/> All required immunizations | _____ |
| | Date | | Date |

I decline to provide details regarding my child's exemption status. NOTE: Your child will be considered exempt from all required school immunizations.

MEDICAL EXEMPTION (This exemption requires the signature of a licensed physician.)

As the child's physician, I certify that the physical condition of this child is such that the immunization(s) checked above would endanger the health of the child.

- This medical exemption is permanent.
- This medical exemption is temporary. Duration of temporary exemption: ____/____/____

I hereby request that this child be exempted from the Immunization Requirements for Idaho School Children (IDAPA 16.02.15) due to a medical condition for which immunizations are contraindicated.

Name of Physician (PRINT)

Signature of Physician

Medical License #

Date

As the child's parent/guardian, I understand that in the event of a disease outbreak my child may be excluded from school for the duration of the outbreak. By signing this form, I am not waiving any of my child's rights to an education under Article 9, Section 1 of the Idaho Constitution if my child is excluded from school during a disease outbreak.

Name of Parent/Guardian (PRINT)

Signature of Parent/Guardian

Date

Full Name of Exempted Child (PRINT)

Child's Date of Birth (Month, Day, Year)

RELIGIOUS/OTHER EXEMPTION

As the child's parent/guardian, I am exempting for religious or other reasons. I understand that in the event of a disease outbreak my child may be excluded from school for the duration of the outbreak. By signing this form, I am not waiving any of my child's rights to an education under Article 9, Section 1 of the Idaho Constitution if my child is excluded from school during a disease outbreak.

Name of Parent/Guardian (PRINT)

Signature of Parent/Guardian

Date

Full Name of Exempted Child (PRINT)

Child's Date of Birth (Month, Day, Year)

OPTIONAL: Parents/guardians may include a signed written statement regarding religious/other exemptions on the back/Page 2 of this document.

OPTIONAL STATEMENT:

As the child's parent/guardian, I exempt my child from school immunizations for the following reason(s):

Name of Parent/Guardian (PRINT)

Signature of Parent/Guardian

Date

Nombre del niño: _____

EXENCIÓN DE REQUISITOS DE INMUNIZACIÓN ESCOLAR DE IDAHO

En el caso de un brote de enfermedad, un niño exento de los requisitos de inmunización escolar de Idaho puede ser excluido de la escuela durante el período de la epidemia, tanto para su propia protección como para la protección de los demás. Por favor marque la(s) caja(s) a continuación, y ponga fecha en cada línea con respecto a todas las enfermedades prevenibles por vacunas para las cuales se reclama una exención.

- | | | | | | |
|---|-------|-------|--|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Difteria (DTaP, Tdap, TD) | _____ | Fecha | <input type="checkbox"/> Polio | _____ | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Tétanos (DTaP, Tdap, TD) | _____ | Fecha | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | _____ | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Tos ferina (DTaP, Tdap) | _____ | Fecha | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | _____ | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Sarampión (MMR) | _____ | Fecha | <input type="checkbox"/> Meningocócica | _____ | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Paperas (MMR) | _____ | Fecha | <input type="checkbox"/> Varicela | _____ | Fecha |
| <input type="checkbox"/> Rubéola (sarampión alemán) (MMR) | _____ | Fecha | <input type="checkbox"/> Historial de la enfermedad de la Varicela:
Mi hijo ha tenido varicela, pero <u>no</u> fue
diagnosticado por un profesional médico
licenciado | _____ | Fecha |

EXENCIÓN MÉDICA (Esta exención requiere la firma de un médico licenciado.)

Como médico del niño, certifico que la condición física de este niño es tal que la inmunizaciones comprobadas arriba pondría en peligro la salud del niño.

- Esta exención médica es permanente.
 Esta exención médica es temporal. Duración de la exención temporal: ____/____/____

Por la presente solicito que este niño sea eximido de los requisitos de inmunización para los niños de la escuela de Idaho (IDAPA 16.02.15) debido a una condición médica para la cual las inmunizaciones están contraindicadas.

Nombre del médico (IMPRESO)

Firma del médico

Licencia Médica #

Fecha

Como padre/guardián del niño, entiendo que en caso de un brote de enfermedad mi hijo puede ser excluido de la escuela durante el brote, tanto por su propia protección como por la protección de otros. Soy consciente de que mi hijo puede contraer una enfermedad prevenible con vacunas.

Nombre del Padre/Tutor (IMPRESO)

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre completo del niño exento (IMPRESO)

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

EXENCIÓN RELIGIOSA/DE OTRO CARÁCTER

Como padre/guardián del niño, estoy exento de razones religiosas o de otra índole. Entiendo que en caso de un brote de enfermedad mi hijo puede ser excluido de la escuela por la duración del brote, tanto por su propia protección como por la protección de los demás. Soy consciente de que mi hijo puede contraer una enfermedad prevenible con vacunas.

Nombre del Padre/Tutor (IMPRESO)

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre completo del niño exento (IMPRESO)

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



DECLARACIÓN OPCIONAL:

Como el padre o tutor legal del niño, eximo a mi hijo de las inmunizaciones de la escuela por la(s) siguiente(s) razón(es):

Nombre del padre o tutor legal (escribir en letra de molde)

Firma del padre o tutor legal

Fecha