

Exención Médica

Si su hijo(a) no puede ser vacunado por razones médicas, por favor pida a su médico que complete y firme este formulario. El formulario completo debe, por ley, recibirse en la escuela antes de la matrícula de su hijo(a).

Doy fe que en mi condición de médico _____ No puede ser vacunado
(Nombre del Estudiante)
contra _____ como
(Nombre la enfermedad)

lo requiere la ley de Inmunización Escolar de Nebraska, debido a que dicha vacuna sería perjudicial para la salud y el bienestar del estudiante o de un miembro de la familia u hogar del estudiante.

Fecha _____ Firma del Médico _____

Exención Religiosa

Si las vacunas causan conflictos con creencias o convicciones religiosas, usted debe, por ley, presentar a la escuela una declaración notarizada indicando que las vacunas requeridas crean conflictos con esa práctica o creencia religiosa. Este documento debe de ser recibido por la escuela antes de la matrícula de su hijo(a).

Yo, _____, doy fe de que debido a la creencias
(Padre/Tutor)
Religiosas Yo no quiero _____ Sea vacunado contra la:
(Nombre del Estudiante)

Marque las casillas correspondientes:

- Sarampión Paperas Rubéola Hepatitis B
 Polio Difteria, tos ferina, Tétano Hib Varicela
 PCV Todas las antes descritas

Porque dichas vacunas: (Marque todas las que aplican)

Son conflictivas con los principios y prácticas de una reconocida denominación religiosa a la cuál él estudiante en un partidario o miembro.

Son conflictivas con las creencias personales de _____
(Nombre del Estudiante)

Fecha: _____ Firma del Padre/Tutor _____

Fecha: _____ Firma del Estudiante _____
(La firma del estudiante se requiere si no es un menor de edad)

Estado de Nebraska)
Condado de _____)

Suscrito y jurado ante mí, un notario público, este _____ día del _____, 20____.

Firma del Notario Público