

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) | _____ | <input type="checkbox"/> All required immunizations | _____ |
| | Date | | Date |
| <input type="checkbox"/> Polio | _____ | | _____ |
| | 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 del brote de una enfermedad, un niño exento de los requisitos de inmunización escolar de Idaho puede ser excluido de la escuela por la duración del brote. Marque la(s) casilla(s) a continuación e indique, en la línea, la fecha para las enfermedades prevenibles con vacunas para las cuales se solicita una exención.

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

Me niego a proporcionar detalles respecto al estado de exención de mi hijo. **NOTA:** Su hijo será considerado exento de todas las inmunizaciones que requiere la escuela.

EXENCIÓN MÉDICA (Esta exención requiere la firma de un médico con licencia)

Como médico del niño, certifico que su condición física es tal que la(s) inmunización(es) marcada(s) pondría(n) 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 se exima a este niño de los requisitos de inmunización para los niños de las escuelas de Idaho (IDAPA 16.02.15) debido a una condición médica para la cual las inmunizaciones están contraindicadas.

Nombre del médico (escribir en letra de molde) Firma del médico N.º de licencia médica Fecha

Como padre o tutor legal del niño, entiendo que en caso de un brote de enfermedad mi hijo puede ser excluido de la escuela durante el brote. Al firmar este forma, no renuncio a ninguno de los derechos de mi hijo a la educación según el Artículo 9 de la Sección 1 de la Constitución de Idaho, si mi niño es excluido de la escuela durante un brote de enfermedad.

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

Nombre completo del niño exento (escribir en letra de molde) Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)

EXENCIÓN RELIGIOSA O DE OTRO TIPO

Como padre o tutor legal del niño, hago la exención por religión o por otras razones. Entiendo que en caso de un brote de enfermedad mi hijo puede ser excluido de la escuela por la duración del brote. Al firmar este forma, no renuncio a ninguno de los derechos de mi hijo a la educación según el Artículo 9 de la Sección 1 de la Constitución de Idaho, si mi hijo es excluido de la escuela durante un brote de enfermedad.

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

Nombre completo del niño exento (escribir en letra de molde) Fecha de nacimiento del niño (mes, día, año)

OPCIONAL: Los padres o tutores pueden incluir una declaración firmada respecto a las exenciones religiosas o de otro tipo en la página de atrás (la página 2 de este documento).

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