

Certificado de Exención Requisito Escolar de Inmunización

Favor de escribir claramente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____

Dirección _____ Padre o Curador _____ Teléfono _____

Exenciones a la Ley de Inmunización

I. CONTRAINDICACIONES MEDICAS: Certifico que la condición física de este niño/a es tal que las vacunas siguientes pondría en peligro la vida o la salud del niño.

Escoja las cajas apropiadas:

DTP POLIOMIELITIS SARAMPION PAPERAS RUBEOLA

Firma del médico

II. Exenciones religiosas y/o personales: Favor de proveer su(s) razon(es) para pedir una exención a las vacunas exigidas.

Firma de Padre o Curador

Certificate of Exemption