



# Certificate of Exemption—Personal/Religious

For School, Child Care, and Preschool Immunization Requirements

Child's Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_ Birthdate (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

**NOTICE:** A parent or guardian may exempt their child from the vaccinations listed below by submitting this completed form to the child's school and/or child care. A person who has been exempted from a vaccination is considered at risk for the disease or diseases for which the vaccination offers protection. An exempted child/student may be excluded from school or child care settings and activities during an outbreak of the disease that they have not been fully vaccinated against. Vaccine-preventable diseases still exist, and can spread quickly in school and child care settings. Immunization is one of the best ways to protect people from getting and spreading diseases that may result in serious illness, disability, or death.

## Personal/Philosophical or Religious Exemption

I am exempting my child from the requirement my child be vaccinated against the following disease(s) to attend school or child care. (Select an exemption type and the vaccinations you wish to exempt your child from):

### PERSONAL/PHILOSOPHICAL EXEMPTION\*

- |                                     |   |                                  |   |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                | <input type="checkbox"/> Hib     | <input type="checkbox"/> Pneumococcal           |
| <input type="checkbox"/> Polio      | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough) | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox) |

*\*Measles, mumps, or rubella may not be exempted for personal/philosophical reasons per state law*

### RELIGIOUS EXEMPTION

- |                                     |   |                                  |   |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                | <input type="checkbox"/> Hib     | <input type="checkbox"/> Pneumococcal           |
| <input type="checkbox"/> Polio      | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough) | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox) |
| <input type="checkbox"/> Measles    | <input type="checkbox"/> Mumps                      | <input type="checkbox"/> Rubella |   |

## Parent/Guardian Declaration

One or more of the required vaccines are in conflict with my personal, philosophical, or religious beliefs. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the health care practitioner (signed below). I have been told if an outbreak of vaccine-preventable disease occurs for which my child is exempted, my child may be excluded from their school or child care for the duration of the outbreak. The information on this form is complete and correct.

X \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (print) Parent/Guardian Signature Date

## Health Care Practitioner Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

X \_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Name (print) Licensed Health Care Practitioner Signature Date

MD  ND  DO  ARNP  PA Washington License # \_\_\_\_\_

## RELIGIOUS MEMBERSHIP EXEMPTION

Complete this section ONLY if you belong to a church or religion that objects to the use of medical treatment. Use the section above if you have a religious objection to vaccinations but the beliefs or teachings of your church or religion allow for your child to be treated by medical professionals such as doctors and nurses.

## Parent/Guardian Declaration

I am the parent or legal guardian of the above-named child. I affirm I am a member of a church or religion whose teaching does not allow health care practitioners to give medical treatment to my child. I have been told if an outbreak of vaccine-preventable disease occurs for which my child is exempted, my child may be excluded from their school or child care for the duration of the outbreak. The information on this form is complete and correct.

X \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name (print) Parent/Guardian Signature Date



Para requisitos de vacunación en entornos escolares, preescolares y de cuidado infantil

**Apellido del niño:                      Nombre:                      Inicial del segundo nombre:      Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):**

**AVISO:** El padre o el tutor puede eximir a su hijo de las vacunaciones enumeradas a continuación; para ello, debe presentar este formulario completo en la escuela o en el centro de cuidado infantil de su hijo. Una persona a la que se ha eximido de una vacunación se considera bajo riesgo de contraer la enfermedad o las enfermedades para las cuales la vacunación ofrece protección. Es posible que el niño o estudiante eximido sea excluido de entornos y actividades escolares o de cuidado infantil durante un brote de la enfermedad contra la cual no ha sido vacunado completamente. Las enfermedades prevenibles por las vacunas aún existen y pueden transmitirse con rapidez en los entornos escolares y de cuidado infantil. Las inmunizaciones son una de las mejores maneras de proteger a las personas de contraer y transmitir las afecciones que pueden resultar en enfermedades graves, discapacidades o la muerte.

**Exención personal/filosófica o religiosa (Personal/Philosophical or Religious Exemption)**

Eximo a mi hijo del requisito por el cual debe vacunarse contra la/s siguiente/s enfermedad/es para asistir a la escuela o al centro de cuidado infantil (seleccione un tipo de exención y las vacunaciones de las cuales desea eximir a su hijo):

**EXENCIÓN PERSONAL/FILOSÓFICA\* (Personal/Philosophical Exemption)**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (difteria) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                             | <input type="checkbox"/> Hib               | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (neumococo)          |
| <input type="checkbox"/> Polio                 | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough) (tos ferina) | <input type="checkbox"/> Tetanus (tétanos) | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox) (varicela) |

*\* Es posible que el sarampión, las paperas y la rubéola no puedan eximirse por motivos personales/filosóficos según la ley del estado*

**EXENCIÓN RELIGIOSA (Religious Exemption)**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria (difteria) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                             | <input type="checkbox"/> Hib               | <input type="checkbox"/> Pneumococcal (neumococo)          |
| <input type="checkbox"/> Polio                 | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough) (tos ferina) | <input type="checkbox"/> Tetanus (tétanos) | <input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox) (varicela) |
| <input type="checkbox"/> Measles (sarampión)   | <input type="checkbox"/> Mumps (paperas)                         | <input type="checkbox"/> Rubella (rubéola) |  |

**Declaración del padre o tutor (Parent/Guardian Declaration)**

Al menos una de las vacunas requeridas está en conflicto con mis creencias personales, filosóficas o religiosas. He analizado los beneficios y los riesgos de las inmunizaciones con el profesional de atención médica (que firma a continuación). Me informaron que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se excluya a mi hijo de su escuela o centro de cuidado infantil mientras dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

X \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor (en imprenta)                      Firma del padre o tutor                      Fecha

**Health Care Practitioner Declaration**

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

X \_\_\_\_\_  
Licensed Health Care Practitioner Name (print)                      Licensed Health Care Practitioner Signature                      Date

MD    ND    DO    ARNP    PA      Washington License # \_\_\_\_\_

**Exención por afiliación religiosa (Religious Membership Exemption)**

Complete esta sección ÚNICAMENTE si pertenece a una iglesia o religión que se opone a la utilización del tratamiento médico. Use la sección anterior si tiene una objeción religiosa a las vacunaciones, pero las creencias o enseñanzas de su iglesia o religión permiten que su hijo sea tratado por profesionales médicos, tales como médicos y enfermeros.

**Declaración del padre o tutor (Parent/Guardian Declaration)**

Yo soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente. Afirmo que soy miembro de una iglesia o religión cuyas enseñanzas no permiten que proveedores de atención médica brinden tratamiento médico a mi hijo. Me informaron que, si ocurre un brote de una enfermedad prevenible con vacunas de la cual mi hijo está exento, es posible que se excluya a mi hijo de su escuela o centro de cuidado infantil mientras dure el brote. La información en este formulario está completa y es correcta.

X \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor (en imprenta)                      Firma del padre o tutor                      Fecha