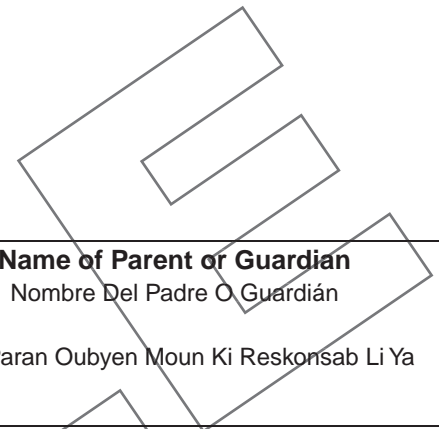




**RELIGIOUS EXEMPTION FROM IMMUNIZATION**  
 Exención Religiosa Para La Inmunización  
 Eksepsyon Pou Kwayans Relijyon Pou Pa Nan Pran Piki Ak Vaksen



|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>Child's Name (printed)</b><br>Nombre Del Niño (con letra de imprenta)<br><br>Non Timoun Nan (an gran karaktè) | / /<br><b>Date of Birth</b><br>Fecha De Nacimiento<br><br>Dat Li Te Fèt | - -<br><b>Child's SS# (optional)</b><br>Número De Seguro Social<br>Del Niño (opcional)<br>Nimewo Sekirite Sosyal<br>Timoun Nan (si ou vie) | <b>Name of Parent or Guardian</b><br>Nombre Del Padre O Guardián<br><br>Non Paran Oubyen Moun Ki Reskonsab Li Ya |
|--|---|--|--|

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><i>(English)</i> I am the parent or legal guardian of the above-named child. Immunizations are in conflict with my religious tenets or practices. Therefore, I request that my child be enrolled in school, preschool, child day care facilities, or family day care homes without immunizations required by sections 1003.22, F.S., 402.305, F.S., and 402.313, F.S.</p> <p>The presence of any of the communicable diseases for which immunization is required by the Department of Health in Florida schools, preschools, child day care facilities, or family day care homes shall permit the county health department director or administrator or the State Health Officer to declare a communicable disease emergency. Those children identified as not being immunized against the disease for which the emergency has been declared shall be temporarily excluded from the facility by the district school board or governing authority until such time as is specified by the county health department director or administrator.</p> | <p><i>(Spanish)</i> Yo soy uno de los padres o el guardián legal del niño mencionado anteriormente. Las inmunizaciones están en conflicto con mis principios o prácticas religiosas. Por lo tanto, pido que mi hijo se matricule en el colegio, preescolar, guardería infantil o servicios de cuidado para familias sin las inmunizaciones requeridas por las secciones 1003.22, F.A., 402.305, F.S., y 402.313, F.S.</p> <p>La presencia de cualquier enfermedad contagiosa para la cual el Departamento de Salud en los colegios, preescolares, guarderías infantiles o servicios de cuidado para familias de la Florida requiere inmunización permitirá que el director o el administrador del departamento de salud del condado o el oficial de salud estatal declare una emergencia de enfermedad contagiosa. Aquellos niños que sean identificados como no inmunizados contra la enfermedad para la cual se ha declarado la emergencia serán excluidos temporalmente de las instalaciones por parte de la junta del distrito escolar o las autoridades gobernantes hasta que el director o el administrador del departamento de salud del condado lo especifique necesario.</p> | <p><i>(Creole)</i> Mwen menm se paran oubyen moun ki reskonsab devan lalwa timoun sa ke nou sot baw non li ya piwo wa. Sa yo ap fè nan san yo tankou piki, seròm ak vaksen pa mache ak prensip oubyen ak pratik ki gen nan legliz mwen yan. Poutèt sa, mwen mande ke timoun mwen yan enskri nan lekòl, lekòl matènèl, jaden danfan, oubyen kote yo fè gadri pou timoun, san ke yo pa bezwen pran vaksen yo jan atik 1003.22, F.S., 402.305, F.S., ak 402.313, F.S. yo mandel.</p> <p>Prezans nenpòt ki maladi kontajyez ki bezwen pou moun nan pran piki ak vaksen kan mèm dwe rekòmande pa Sèvis Sante ki nan lekòl yo ki anndan eta Florid la, lekòl matènèl, kote ke yo fasilite swen pou timoun, oubyen nan kay fanmi ki ap bay swen yo pou ka pèmèt direktè oubyen administratè Sante zòn nan oubyen ofisyè sante eta deklare ke ou genyen you maladi kontajyez ki gen ijans. Timoun sa yo ke yo idanfifye ki pa te pran piki, seròm ak lòt bagay nan san kont maladi kontajyez ke yo deklare ki gen ijans lan nou pral mete yo deyò pou you ti tan jiskaske direktè ya oubyen administratè sante zòn nan deklare ke lè ya rive pou yo tounen.</p> |
|--|---|---|

|   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| _____<br><b>Signature of Parent or Guardian</b><br>Firma del Padre o Guardián<br>Siyati Paran Oubyen Moun Ki Reskonsab Li | / /<br><b>Date</b><br>Fecha<br>Dat |  |
| _____<br><b>Signature of Director/Administrator</b>   | / /<br><b>Date</b>                 | _____<br><b>County Health Department Stamp</b> |