

# Statement of Exemption to Immunization Law

Your Child can be exempted (excused) from immunization for medical, personal, or religious reasons. However, if there is an outbreak of a vaccine-preventable disease, and your child has not been vaccinated, then he/she may be excluded from school.

Please complete or have your healthcare provider complete the following section to have your child exempted from the immunization requirements for school.

Name of student: \_\_\_\_\_

## 1. IS THIS A MEDICAL EXEMPTION \_\_\_ YES \_\_\_ NO (if no, then skip to 2.)

The child named on this form is medically exempted from the requirement for the following vaccine(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Printed name of healthcare provider \_\_\_\_\_

Healthcare provider signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## 2. IS THIS A PERSONAL BELIEF/RELIGIOUS EXEMPTION \_\_\_ YES \_\_\_ NO

The parent or guardian of the child named on this form adheres to a religious belief the teachings of which are opposed to immunizations or holds a strong moral or ethical conviction that is opposed to such immunizations.

Vaccines: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Printed name of parent/guardian: \_\_\_\_\_

Parent/guardian signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## টিকা প্রদান বা ইমিউনাইজেশন আইন অব্যাহতির বিবৃতি

আপনার শিশুকে চিকিৎসা, ব্যক্তিগত বা ধর্মীয় কারণে টিকাদান থেকে অব্যাহতি (ছাড়) দেওয়া যেতে পারে। যাইহোক, যদি একটি ভ্যাকসিন-প্রতিরোধযোগ্য রোগের প্রাদুর্ভাব ঘটে এবং আপনার শিশুকে টিকা দেওয়া না হয়, তাহলে তাকে স্কুল থেকে বাদ দেওয়া হতে পারে।

আপনার সন্তানকে স্কুলের টিকাদানের প্রয়োজনীয়তা থেকে অব্যাহতি দেওয়ার জন্য অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত সেকশনটি সম্পূর্ণ করুন বা আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী কর্তৃক সম্পূর্ণ করুন।

শিক্ষার্থীর নাম: \_\_\_\_\_

### 1. এটা কি চিকিৎসা সংক্রান্ত অব্যাহতি \_\_\_\_ হ্যাঁ \_\_\_\_ না (যদি না হয়, এটা বাদ দিয়ে 2 এ যান)

এই ফর্মে উল্লেখিত বাচ্চাটি নিম্নোলিখিত টিকা বা ভ্যাকসিন প্রদান হতে চিকিৎসাগত কারণে অব্যাহতি প্রাপ্ত:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

মন্তব্য: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর প্রিন্ট নাম \_\_\_\_\_

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

তারিখ \_\_\_\_\_

### 2. এটা কি ব্যক্তিগত বিশ্বাস বা ধর্মীয় কারণে অব্যাহতি \_\_\_\_ হ্যাঁ \_\_\_\_ না

এই ফর্মে উল্লেখিত শিশুর পিতামাতা বা অভিভাবক এমন একটি ধর্মীয় বিশ্বাসকে মেনে চলেন যার শিক্ষাগুলি টিকাদানের বিরোধিতা করে বা একটি দৃঢ় নীতি বা নৈতিক দৃঢ় বিশ্বাস রাখে যা এই ধরনের টিকাদানের বিরোধিতা করে।

ভ্যাকসিন বা টিকা সমূহ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের প্রিন্ট নাম: \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর \_\_\_\_\_

তারিখ \_\_\_\_\_