

Religiöse Befreiungserklärung

Formular HES 113
Schulen in Montana



DEPARTMENT OF
PUBLIC HEALTH &
HUMAN SERVICES

Bei Fragen wenden Sie sich an das Montana-Impfprogramm (Montana Immunization Program) unter der Telefonnummer (406) 444-5580.

Vollständiger Name des Schülers _____

Geburtsdatum _____ Alter _____ Geschlecht _____

Schule: _____

Falls der Schüler unter 18 Jahre alt ist, Name des Elternteils, Sorgeberechtigten oder einer anderen für die Betreuung und Obhut des Schülers verantwortlichen Person:

Straße und Wohnort: _____

Telefon: _____

Ich, der/die Unterzeichnete, schwöre oder bekräftige an Eides statt, dass eine Impfung gegen die nachfolgend aufgeführten Krankheiten meinen religiösen Überzeugungen und Praktiken widerspricht:

Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP, DT, Tdap)

Polio

Masern, Mumps und Röteln (MMR)

Varizellen (Windpocken)

Haemophilus Influenzae Typ b (Hib)

Andere: _____

Mir ist bewusst, dass:

gemäß Abschnitt 20-5-405 MCA im Falle eines Ausbruchs einer der oben genannten Krankheiten der oben genannte, befreite Schüler bzw. die Schülerin durch den örtlichen Gesundheitsbeauftragten oder das Gesundheits- und Sozialministerium vom Schulbesuch ausgeschlossen werden kann, bis kein Risiko einer Ansteckung oder Übertragung dieser Krankheit mehr besteht.

Unterschrift: _____ Datum: _____