



Dublin City School District
疫苗豁免表格
Immunization Exemption

Students
5320 F2
Revised 12/1/17
Chinese

- 第一部份由父母/監護人填寫。
- 如果有因身體健康方面的因素而不能施打疫苗，第二部份則由醫護人員填寫。
- 完成後返回學校護士。

I. 家長/監護人部份

學生姓名: _____ 出生日期: _____

住址: _____ 學校: _____

根據強制疫苗接種法（俄亥俄州修訂法規，第 3313.67 以及 3313.671 條）的規定，我在此以我的簽名表示，基於以下原因，我反對讓我的孩子接受下列疾病的疫苗接種：

- 小兒麻痺 破傷風，白喉，百日咳(DTP) 麻疹 腮腺炎 風疹
 流感嗜血桿菌 乙肝 破傷風，白喉，百日咳(Tdap) 水痘 腦膜炎

免施打疫苗原因: _____

我了解如果任何我在上面構選的傳染疾病發生爆發流行，根據俄亥俄州衛生部的規定，我的孩子會被要求不准上學，而且不准上學的時間可能會持續整個傳染病爆發期，有可能是幾個星期。

家長/監護人簽名: _____ 日期: _____

II. Health care provider section

Please check contraindicated immunizations for medical exemption.

- Polio Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTP) Measles Mumps Rubella
 Hib Hepatitis-B Tdap Varicella (Chickenpox) Meningococcal

Reason for medical exemption: _____

Time frame for medical exemption: _____

Provider signature/title: _____ Date: _____
(ONLY required when this is a medical exemption)