

كومولث فرجينيا، شهادة الإعفاء الديني

الاسم _____ تاريخ الميلاد _____

رقم هوية الطالب _____

يتعارض تلقي التطعيمات مع معتقداتي أو ممارساتي الدينية/المعتقدات أو الممارسات الدينية للطالب المذكور أعلاه. وأدرك أنه في حالة حدوث تفش أو وباء محتمل أو وباء بسبب مرض يمكن الوقاية منه باللقاحات في مدرستي/مدرسة طفلي، يحق لمفوض الصحة في الولاية أن يأمر بإقصائي/إقصاء طفلي من المدرسة، وذلك لحماية/حمية طفلي، وحتى زوال الخطر.

توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني/الطالب _____ التاريخ _____

أؤكد بموجب هذا أن هذه الإفادة تم توقيعها في حضوري في

يوم _____ من شهر _____

ختم كاتب العدل