

弗吉尼亚联邦宗教豁免证书

姓名 _____ 出生日期 _____

学生证编号 _____

免疫制剂的使用与上述学生/本人的宗教信仰或习俗相冲突。我了解，在我/我孩子的学校爆发、潜在流行或流行疫苗可预防的疾病时，州卫生专员可能会下令不让我/我的孩子去上学，以保护我/我的孩子自身安全，直到危险过去。

家长/监护人/学生签名

日期

我在此确认，本宣誓书是在我的见证下于

签属

公证人印章