

CERTIFICADO DE EXENCIÓN RELIGIOSA DEL ESTADO DE VIRGINIA

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Identidad del Estudiante _____

La administración de agentes inmunizantes entra en conflicto con los principios o prácticas religiosas del estudiante arriba mencionado o mis principios o prácticas religiosas. Entiendo que en caso de que ocurra un brote infeccioso, una epidemia potencial o una epidemia de una enfermedad prevenible con vacunas en mi escuela/en la escuela de mi hijo/a, el Comisionado de Salud del Estado puede ordenar mi exclusión/la exclusión de mi hijo/a de la escuela, para mi propia protección/la protección de mi hijo/a hasta que el peligro haya pasado.

Firma del padre/madre/tutor(a)/estudiante

Fecha

Por medio de la presente, afirmo que esta declaración jurada fue firmada en mi presencia en este día _____ de _____

Sello de Notario Público