



Certificado de Isenção de Imunização Por Motivos Religiosos Para Uso em Creches Públicas e Privadas, Pré-escolas, Escolas e Faculdades

Instruções para o preenchimento de um Certificado de Isenção de Imunização Médica Por Motivos Religiosos

Secção 1: Insira as informações do/a aluno/a.

Secção 2: A mãe, o pai ou o/a tutor/a ou o/a aluno/a (caso este/a último/a tenha pelo menos 16 anos de idade) deve escrever aqui as suas iniciais, assinar e escrever a data depois de ler a(s) Declaração(ões) de Informações sobre Vacinas.

Secção 3: Destinado às assinaturas dos responsáveis escolares.

Nome de Creche, Escola ou Instituição	Endereço	Cidade	Código Postal	Telefone
---------------------------------------	----------	--------	---------------	----------

Secção 1. Informações do/a Aluno/a

Nome do/a Aluno/a	Data de Nascimento	Ano de Escolaridade	
Endereço	Cidade	Código Postal	Telefone
Nome e Endereço do Fornecedor de Cuidados Médicos	Cidade	Código Postal	Telefone

Secção 2: Isenções de Imunização (deve ser preenchido pela mãe, pelo pai ou pelo/a tutor/a do/a aluno/a ou pelo/a próprio/a aluno/a, caso este/a tenha pelo menos 16 anos de idade)

Solicito que o/a aluno/a acima mencionado/a fique isento/a da(s) vacina(s) assinalada(s) abaixo, devido às minhas crenças religiosas:

- DTaP Hepatite A Hepatite B HIB HPV Gripe VIP/VOP (IPV) MCV
 VASPR(MMR) Anti-pneumocócica (PCV) Rotavírus Td/Tdap
 Varicela

Recebi e li os materiais educativos que explicam a(s) doença(s) e vacina (s) assinaladas acima e:

_____ Iniciais	Compreendi os benefícios e os riscos da(s) vacina(s).
_____ Iniciais	Compreendi o risco associado à contração da(s) doença(s) que a(s) vacina(s) evita(m).
_____ Iniciais	Compreendi o risco da transmissão a doença(s) a outros.
_____ Iniciais	Compreendi que, se ocorrer um surto de uma doença que seja evitável por meio de uma vacina, os alunos isentos serão excluídos da escola pelo/a responsável administrativo/a da escola por um certo período, tal como determinado pelo Departamento de Saúde, com base numa análise de risco para a saúde pública, com origem em casos individuais.

Compreendo os riscos da recusa da vacinação com base nas minhas crenças religiosas que são mencionados acima. Sei que posso voltar a abordar esta questão a qualquer momento e proceder à toma das vacinas exigidas.

Assinatura da Mãe, do Pai, do/a Tutor/a do/a Aluno/a ou do/a Aluno/a
(caso o/a aluno/a tenha pelo menos 16 anos de idade)

Data

Secção 3: Destinada Apenas à Escola: Por favor, escreva a data, assine e distribua cópias, como indicado abaixo.

Assinatura do/a Enfermeiro/a Escolar

Data

Assinatura do/a Responsável Administrativo/a da Escola

Data

Nota: De acordo com as regras e regulamentos do Departamento de Saúde de Rhode Island relativos à imunização e aos testes de doenças transmissíveis ([216-RICR-30-05-3](#)), é da responsabilidade do/ responsável administrativo/a da creche, da pré-escola, da escola ou da faculdade garantir o cumprimento dos regulamentos. O/A responsável administrativo/a da creche, da pré-escola, da escola ou da faculdade excluirá os alunos que não tenham recebido o número mínimo de imunizações exigidas e que não estejam isentos, nos termos dos regulamentos.