

OBJECCIÓN A RECIBIR VACUNAS DE INMUNIZACIÓN

Me opongo a que mi hijo(a) _____ reciba vacunas de inmunización por las siguientes razones: _____.

Entiendo que esta objeción no elimina mi obligación de reportar cualquier vacuna que ya se le a administrado a mi hijo(a). También entiendo que en caso de una erupción de alguna enfermedad en la escuela, mi hijo(a) tendrá que estar **ausente de clases y de la escuela.**

Si su hijo no puede ser vacunado por razones médicas, la firma de su doctor familiar es necesaria.

Fecha: _____

Firma del Padre o Guardián:

Firma del Doctor (Physician's Signature):
