

# Religiöse Befreiungserklärung

Formular HES 113

Schulen in Montana



DEPARTMENT OF  
PUBLIC HEALTH &  
HUMAN SERVICES

Bei Fragen wenden Sie sich an das Montana-Impfprogramm (Montana Immunization Program) unter der Telefonnummer (406) 444-5580.

Vollständiger Name des Schülers \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Falls der Schüler unter 18 Jahre alt ist, Name des Elternteils, Sorgeberechtigten oder einer anderen für die Betreuung und Obhut des Schülers verantwortlichen Person:

Straße und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich, der/die Unterzeichnete, schwöre oder bekräftige an Eides statt, dass eine Impfung gegen die nachfolgend aufgeführten Krankheiten meinen religiösen Überzeugungen und Praktiken widerspricht:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP, DT, Tdap)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Polio</i>                   |
| <input type="checkbox"/> <i>Masern, Mumps und Röteln (MMR)</i>                  | <input type="checkbox"/> <i>Varizellen (Windpocken)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus Influenzae Typ b (Hib)</i>              | <input type="checkbox"/> <i>Andere: _____</i>           |

Mir ist bewusst, dass:

gemäß Abschnitt 20-5-405 MCA im Falle eines Ausbruchs einer der oben genannten Krankheiten der oben genannte, befreite Schüler bzw. die Schülerin durch den örtlichen Gesundheitsbeauftragten oder das Gesundheits- und Sozialministerium vom Schulbesuch ausgeschlossen werden kann, bis kein Risiko einer Ansteckung oder Übertragung dieser Krankheit mehr besteht.

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_