

**OBJECION A VACUNAS EXIGIDAS POR LA LEY DE INDIANA PARA  
PADRES/GUARDIANES (IC 20-8. 1-7-10)**

---

Nombre del estudiante	Grado	Fecha de nacimiento
-----------------------	-------	---------------------

Me han informado por la Corporación Escolar de West Noble de los requisitos de vacunas declarado en el Código de Indiana 20-8. 1-7-10.

También he sido informado de la disponibilidad de las vacunas requeridas proporcionadas por el Departamento de Salud del Condado Noble.

También estoy consciente de la seguridad de mi hijo/a que él o ella será despedida de clase en caso de una epidemia que envuelva una enfermedad prevenible por vacuna.

Me opongo a que mi hijo/a sea vacunado según se indica en el Código de Indiana 20—8. 1-10 (A) y además declaro que a mi hijo/a no se le administre las vacunas descritas por el Código de Indiana 20-8. 1-7-10 por la siguiente razón:

---

Me opongo a las siguientes vacunas que he marcado:

DTaP (Diphtheria, Tetanus, Pertusis) Difteria, Tétanos, La Tos Ferina

Polio

Mumps, Measles, Rubella (Paperas, Sarampión, Rubéola)

Hepatitis B

Hepatitis A

Varicella (Varicela)

Meningitis

---

Firma de Padres/Guardián

Fecha

---

Firma de Medico (solo para la exención medica)

Fecha