**SOLICITUD DE EXENCIÓN** **POR CREENCIAS PERSONALES O RELIGIOSAS** **DEL ESTUDIANTE SOBRE LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19**

**De acuerdo con el anuncio** **del gobernador el 1 de octubre del 2021 que ordena al CDPH promulgar regulaciones para el mandato de vacunación, incluyendo el alcance de las exenciones y en espera de cualquier orientación actualizada de nuevas regulaciones o nuevas legislaciones, SCUSD permitirá Exenciones de Creencias Personales debidamente documentadas con el requisito de pruebas regulares y rutinarias de COVID-19.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **# DE TELÉFONO** | **CORREO ELECTRÓNICO** |
|  | 00/00/0000 | 000-000-0000 |  |
| **NOMBRE DEL PADRE/TUTOR** | **DOMICILLIO:** | | |
|  | **# DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE:** | | |
| **El padre/tutor debe asegurarse de que la sección A o B se llene completamente.** | | | |
| **A. CREENCIAS PERSONALES:**  PROFESIONAL DE LA SALUD AUTORIZADO CON LICENCIA EN CALIFORNIA Y PADRE/TUTOR - COMPLETE ESTA SECCIÓN | | | |
| Soy un (marque uno): M.D/D.O.  Enfermera/o Autorizada/o  Asistente Médico  Médico Naturopático | | | |
| Estipulación de información: He proporcionado al padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, al adulto que ha asumido la responsabilidad del cuidado y custodia del estudiante o al estudiante si es un menor emancipado, información sobre 1) los beneficios y riesgos de la vacuna contra el COVID-19 y 2) los riesgos para la salud del estudiante y para la comunidad por el COVID-19 para los cuales se requiere la vacuna en SCUSD. | | | |
| **FIRMA FÍSICA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD AUTORIZADO** | | **NOMBRE DEL PROFESIONAL, DOMICILIO, NÚMERO DE TELÉFONO:** | |
|  | |  | |
| **FECHA - dentro de los 6 meses antes de ingresar al cuidado infantil o a la escuela** | |
| 00/00/0000 | |
|  | | | |
| **B.**  **CREENCIAS RELIGIOSAS:**  **Creencias religiosas:** Soy miembro de una religión que me prohíbe buscar consejo médico o tratamiento de profesionales de la salud autorizados. (No se requiere la firma de un profesional de la salud en la Parte A.) He registrado a mi estudiante para las pruebas regulares y rutinarias de COVID. | | | |
| **FIRMA FÍSICA DEL PADRE O TUTOR** | | **FECHA - dentro de los 6 meses antes de ingresar al cuidado infantil o a la escuela** | |
|  | | 00/00/0000 | |
| **El padre/tutor debe llenar esta sección completamente** | | | |
| **DECLARACIÓN JURADA (debe completarse)**  Vacunación contra el COVID-19 para la que se solicita la exención: Un estudiante no inmunizado y los contactos del estudiante en la escuela y en el hogar tienen un mayor riesgo de enfermarse con COVID-19. Entiendo que un estudiante no inmunizado puede ser excluido de asistir a la escuela o al cuidado infantil durante un brote de, o después de la exposición a COVID-19 para la protección del estudiante y otros. Por la presente, solicito la exención del estudiante nombrado anteriormente de la vacuna COVID-19 porque dicha inmunización es contraria a mis creencias y doy fe de que mi estudiante está registrado para las pruebas regulares y rutinarias de COVID-19. | | | |
| **FIRMA FÍSICA DEL PADRE O TUTOR** | | **FECHA** | |
|  | | 00/00/0000 | |
| Los procedimientos para mantener la confidencialidad de los registros de los estudiantes deben ser consistentes con las leyes estatales y federales. Vea la Política de la Junta Directiva/Reglamento Administrativo 5121 (Registros de los Estudiantes).  SCUSD 10/15/2021 | | | |