

AFFIDAVIT

Exemption From School or Child-Care Immunizations for Reasons of Conscience



TEXAS
Health and Human Services
Texas Department of State
Health Services

This notarized affidavit must be submitted to request an exemption from state-required immunizations to attend a Texas child-care facility, elementary or secondary school, or institution of higher education, including students enrolled in health-related and veterinary courses. This affidavit is only valid for the individual named in section A and is only for submission to Texas schools and child-care facilities. This affidavit is valid for two years from the date of notarization. Additions or changes to this affidavit are not valid.

(A) Individual's Full Name

First	Middle	Last	Date of Birth (mm/dd/yyyy)
-------	--------	------	-------------------------------

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING SECTION

(B) I do **NOT** want my child/self to receive the following vaccine(s) I have marked for reasons of conscience or religious belief.

- | | |
|---|--|
| ☐ Diphtheria, tetanus, and pertussis (DTaP/DT) | ☐ Hepatitis B |
| ☐ Hepatitis A | ☐ Meningococcal (MenACWY/MCV4*) |
| ☐ Measles, mumps, and rubella (MMR) | ☐ Rabies |
| ☐ Pneumococcal (PCV) | ☐ Polio (IPV) |
| ☐ Tetanus, diphtheria, and pertussis (Td/Tdap) | ☐ Varicella (chickenpox) |
| ☐ <i>Haemophilus influenza</i> type b (Hib) | |

*MCV4 is required for grade 7 through 12. MenB or MCV5 may be used for college requirements for a bacterial meningitis vaccination dose or booster.

(C) I have read and understand the *Benefits and Risks of Vaccination* information sheet. I understand the individual named in Section A may be excluded from school attendance in times of emergency or epidemic declared by the Commissioner of Public Health or as allowable by 25 Texas Administrative Code, [Sec. 97.7](#).

(D) I certify that I am the parent / legal guardian of the above-named child, or I am signing for myself as an adult student, and that the information provided here is true and correct.

Signature of Parent or Legal Guardian/Self if an adult	Date
--	------

State of Texas

County of _____

BEFORE ME, _____, on this day personally appeared _____, known to me (or proved to me through description of identity card or other document) to be the person whose name is subscribed to the foregoing instrument and acknowledged to me that he/she executed the same for the purposes and consideration therein expressed.

Given under my hand and seal of office this _____ day of _____, 20____.

Affix seal

NOTARY PUBLIC

DECLARACIÓN JURADA

Exención de vacunación escolar o de cuidado infantil por razones de conciencia



TEXAS
Health and Human Services
Texas Department of State
Health Services

Esta declaración jurada notarial debe presentarse para solicitar una exención de las vacunas que el estado exige para asistir a centros de cuidado infantil, escuelas primarias o secundarias, o instituciones de educación superior de Texas, y aplica también a los estudiantes inscritos en cursos relacionados con la salud y la veterinaria. Esta declaración jurada solo es válida para la persona mencionada en la sección A y solo se puede presentar en escuelas y centros de cuidado infantil de Texas. Esta declaración jurada es válida por dos años a partir de la fecha de notarización. Los cambios o modificaciones a esta declaración jurada no son válidos.

(A) Nombre completo de la persona

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
--------	----------------	----------	-------------------------------------

LLENE LA SIGUIENTE SECCIÓN

(B) NO consiento que mi hijo, o yo mismo, reciba las vacunas que he marcado por razones de conciencia o creencias religiosas.

- ☐ Difteria, tétanos y tosferina (DTaP/DT)
- ☐ Hepatitis A
- ☐ Sarampión, paperas y rubeola (MMR)
- ☐ Neumocócica (PCV)
- ☐ Tétanos, difteria y tosferina (Td/Tdap)
- ☐ *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)

- ☐ Hepatitis B
- ☐ Meningocócica (MenACWY/MCV4*)
- ☐ Rabia
- ☐ Polio (IPV)
- ☐ Varicela (chickenpox)

*La vacuna MCV4 es obligatoria para los estudiantes de los grados 7 a 12. La vacuna MenB o MCV5 puede usarse para cumplir con los requisitos universitarios de una dosis o dosis de refuerzo contra la meningitis bacteriana.

(C) He leído y entendido la hoja informativa sobre los beneficios y riesgos de la vacunación. Entiendo que la persona mencionada en la sección A puede ser excluida de asistir a la escuela durante una emergencia o epidemia decretada por el comisionado de salud pública, o según lo permita el título 25 del Código Administrativo de Texas, sección [97.7](#).

(D) Certifico que soy el padre, madre o tutor legal del menor mencionado anteriormente, o que firmo en mi nombre como estudiante adulto, y que la información proporcionada aquí es veraz y correcta.

Firma del padre, madre o tutor legal, o de la propia persona si es adulta

Fecha

Estado de Texas

Condado de _____

Compareció ante mí, _____, en este día _____, quien, según me consta, es la persona cuyo nombre está suscrito en el presente instrumento (o cuya identidad me ha sido acreditada al mostrar su tarjeta de identificación u otro documento), y me ha confirmado que lo firmó para los fines y consideraciones que en él se expresan.

Expedido bajo mi firma y sello notarial este día _____ de 20 ____.

Estampar el sello/Affix seal

NOTARY PUBLIC