



# Education for Change Public Schools

شرط أن يكون جميع طلاب EFCPS (الذين تتراوح أعمارهم بين 12 عامًا وما فوق)  
تلقي لقاحًا كاملاً ضد فيروس كورونا

## نموذج الإعفاء

سياسة المجلس 5141.29 - تتطلب متطلبات لقاح الطالب BP 5141.29 ("COVID-19") أن يتم تطعيم جميع طلاب EFCPS الذين تتراوح أعمارهم بين 12 عامًا وما فوق من أجل الحضور بأي مدرسة والتعلم شخصياً ما لم يتم تطبيق استثناء.  
هذا النموذج مطلوب لاستخدامه للتأهل إما للإعفاء الطبي أو الإعفاء المعتقد الشخصي.

الجزء 1: معلومات الطالب والوالد / الوصي - يتعين استكمالها بواسطة ولي الأمر / الوصي (يرجى ملاحظة: قد يؤدي عدم الرد على كل  
مطالبة إلى إبطال طلب الإعفاء.)

اسم الطالب: \_\_\_\_\_  
هوية الطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ ميلاد الطالب: \_\_\_\_\_  
اسم المدرسة: \_\_\_\_\_

اسم ولي الأمر / الوصي: \_\_\_\_\_  
هاتف الوالد / الوصي: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني للوالد / الوصي: \_\_\_\_\_

الجزء 2: طلب الإعفاء والإقرار - يكمله الوالد / ولي الأمر. (يرجى ملاحظة: يجب على الوالد / الوصي تحديد الإعفاء ويجب مراجعة كلا  
الجزأين أدناه وتوقيعهما من أجل EFCPS للنظر في طلب الإعفاء.)

أنا ، الوالد / الوصي المذكور أعلاه ، أطلب منح الطالب المذكور أعلاه النوع التالي من الإعفاء للمتطلب بموجب BP  
5141.29 بأن يتم تطعيم جميع طلاب EFCPS (الذين تتراوح أعمارهم بين 12 عامًا فأكثر) بشكل كامل من أجل الالتحاق  
بأي مدرسة شخصية. (يرجى إكمال النماذج المنفصلة لطلب كلا الاستثناءين).

الإعفاء الطبي (يجب على مقدم الخدمات الطبية إكمال الجزء 3 أ)  
 الإعفاء من المعتقدات الشخصية (يجب على مقدم الخدمات الطبية إكمال الجزء 3 ب)

توقيع ولي الأمر / الوصي: \_\_\_\_\_

أنا ، الوالد / الوصي المذكور أعلاه ، أقر بأنني تلقيت معلومات تتعلق بمخاطر وفوائد جميع لقاحات COVID-19 المتاحة  
للطلاب المذكور أعلاه وما زلت أرسل طلب الإعفاء هذا.

توقيع ولي الأمر / الوصي: \_\_\_\_\_

**Part 3A: Medical Exemption Affidavit - To Be Completed By Licensed Medical Provide**

I, the undersigned, licensed medical provider, hereby certify, under penalty of perjury, that each of the following statements are true and correct:

- I am a medical provider properly licensed to currently practice in the State of California.
- I have examined the below named Student on the below date.
- **I have determined, based on my medical expertise, that the below named Student has a physical condition or medical circumstance such that receiving any of the available COVID-19 vaccines (including those vaccines authorized for emergency use) would be considered unsafe.**
- The following information is accurate.

Student Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Student Date of Birth: \_\_\_\_\_ Date of Consultation: \_\_\_\_\_

Name of Licensed Medical Provider: \_\_\_\_\_

Type of Licensed Medical Provider:  Doctor of Medicine ("MD")

Doctor of Osteopathic Medicine ("DO")

License # for Licensed Medical Provider: \_\_\_\_\_

Licensed Medical Provider Phone: \_\_\_\_\_

Licensed Medical Provider Email: \_\_\_\_\_

Signature of Licensed Medical Provider: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

For Internal Use Only

*Incomplete forms will not be accepted. Forms must include legible name, address, phone number and license number for the medical signatory, who may be contacted by the District to confirm their approval of the consent form.*

**Part 3B: Personal Belief Exemption Affidavit - To Be Completed By Medical Provider**  
**Attestation to the Provision of COVID-19 Information to Patient**

I, the undersigned, licensed medical provider, hereby certify, under penalty of perjury, that each of the following statements are true and correct:

- I am a medical provider properly licensed to currently practice in the State of California.
- On the below date, **I have informed the below named Parent/Guardian that the available COVID-19 vaccines (including those vaccines authorized for emergency use) are safe and effective according to the FDA and CDC guidance linked herein.**
- On the below date, **I also have provided the below named Parent/Guardian with information regarding (1) the benefits and risks of receiving any of the available COVID-19 vaccines (including those vaccines authorized for emergency use) and (2) the health risks to the student and to the community of COVID-19.**
- The following information is accurate.

Student Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Student Date of Birth: \_\_\_\_\_ Date of Consultation: \_\_\_\_\_

Name of Licensed Medical Provider: \_\_\_\_\_

Type of Licensed Medical Provider:  Doctor of Medicine ("MD")

Doctor of Osteopathic Medicine ("DO")

License # for Licensed Medical Provider: \_\_\_\_\_

Licensed Medical Provider Phone: \_\_\_\_\_

Licensed Medical Provider Email: \_\_\_\_\_

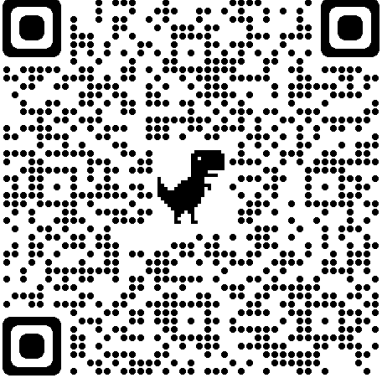
Signature of Licensed Medical Provider: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

For Internal Use Only

*Incomplete forms will not be accepted. Forms must include legible name, address, phone number and license number for the medical signatory, who may be contacted by the District to confirm their approval of the consent form.*

## معلومات FDA (إدارة الغذاء والدواء) حول اختبار اللقاح والموافقة عليه:

<https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/emergency-use-authorization-vaccines-explained>



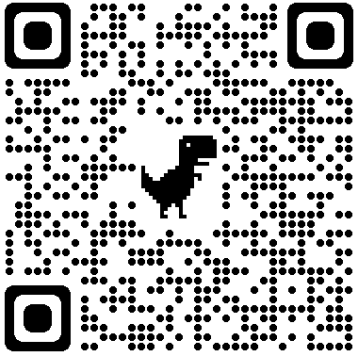
## هل تم اختبار لقاحات كوفيد-19 بصراحة؟

نعم فعلاً. تقوم التجارب السريرية بتقييم لقاحات COVID-19 التجريبية في عشرات الآلاف من المشاركين في الدراسة لتوليد البيانات العلمية وغيرها من المعلومات التي تحتاجها إدارة الغذاء والدواء (FDA) لتحديد السلامة والفعالية. يتم إجراء هذه التجارب السريرية وفقاً للمعايير الصارمة التي حددتها إدارة الغذاء والدواء.

في البداية ، في المرحلة الأولى ، يتم إعطاء اللقاح لعدد صغير من الأشخاص الأصحاء بشكل عام لتقييم سلامته عند زيادة الجرعات والحصول على معلومات مبكرة حول مدى نجاح اللقاح في إحداث استجابة مناعية لدى الأشخاص. في غياب مخاوف تتعلق بالسلامة من دراسات المرحلة الأولى ، تشمل دراسات المرحلة الثانية المزيد من الأشخاص ، حيث يتم اختبار جرعات مختلفة على مئات الأشخاص الذين لديهم حالات صحية متفاوتة ومن مجموعات سكانية مختلفة ، في دراسات عشوائية مضبوطة. توفر هذه الدراسات معلومات أمان إضافية حول الآثار الجانبية والمخاطر الشائعة قصيرة المدى ، وتفحص العلاقة بين الجرعة المعطاة والاستجابة المناعية ، وقد توفر معلومات أولية بشأن فعالية اللقاح. في المرحلة 3 ، يتم إعطاء اللقاح بشكل عام لآلاف الأشخاص في دراسات عشوائية خاضعة للرقابة تشمل مجموعات ديموغرافية واسعة (أي السكان المستهدفين لاستخدام اللقاح) ويولد معلومات مهمة حول الفعالية وبيانات أمان إضافية مهمة. توفر هذه المرحلة معلومات إضافية حول الاستجابة المناعية لدى الأشخاص الذين يتلقون اللقاح مقارنة بأولئك الذين يتلقون السيطرة ، مثل العلاج الوهمي.

## معلومات CDC مركز (السيطرة على الأمراض) حول فعالية اللقاح:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/adolescents.html>



- لقاحات COVID-19 آمنة وفعالة.
- تم استخدام لقاحات COVID-19 تحت مراقبة السلامة الأكثر كثافة في تاريخ الولايات المتحدة ، والتي تشمل دراسات على المراهقين.
- سيحتاج طفلك إلى جرعة ثانية من لقاح COVID-19 Pfizer-BioNTech بعد 3 أسابيع من الجرعة الأولى.
- يتلقى الأطفال والمراهقون نفس جرعة لقاح COVID-19 Pfizer-BioNTech مثل البالغين. لا توجد متطلبات لوزن المريض للحصول على لقاح COVID-19 ، ولا تختلف جرعة لقاح COVID-19 باختلاف وزن المريض.
- لا يمكن لطفلك الحصول على COVID-19 من أي لقاح لـ COVID-19 ، بما في ذلك لقاح Pfizer-BioNTech.
- قد يحصل طفلك على لقاح COVID-19 ولقاحات أخرى في نفس الزيارة أو دون الانتظار 14 يوماً بين اللقاحات.

*Incomplete forms will not be accepted. Forms must include legible name, address, phone number and license number for the medical signatory, who may be contacted by the District to confirm their approval of the consent form.*