

脑膜炎双球菌豁免

姓 (拼音) _____ 名 (拼音) _____

GWID# _____ 出生日期 _____ 年龄 _____

学期&入学年份 (用英文填写) _____ Email 地址/联系电话 _____

通过签署此协议，我理解并声明：

1. 我收到并且仔细阅读了由 The George Washington University 提供的解释流行性脑脊髓膜炎风险和流脑疫苗 可用性和有效性的信息。
2. 我理解 D.C. Code §38-503 和相关条例要求每个就读于大学并且住在学校或者可能住在校内学生宿舍的新入 学学生必须接 种流脑疫苗或者签署流脑疫苗豁免协议。
3. 我理解根据学校政策，每个第一次就读于本大学任何学院的学生，包括转学生，必须选择接种流脑疫苗或者签 署流脑疫苗 豁免协议。
4. 我知道流行性脑脊髓膜炎是罕见但是危及生命的疾病。然而，因为我年龄大于或等于 18 岁，我代表我自己拒 绝接种流脑疫苗；或者，如果学生年龄小于 18 岁，我代表以下学生拒绝接种流脑疫苗。

要么

5. 我理解如果我重新考虑我拒绝接种流脑疫苗的决定，我，或者我作为其父母或法定监护人的学生，可能返回 Colonial Health Center 接种流脑疫苗。
6. 我年龄大于或等于 18 岁并且代表自己签署此豁免协议；或者我是以下学生的父母或者法定监护人并且我代表 此学生签署豁 免协议。

通过签署此豁免协议，我寻求豁免D.C.法律强制的流脑疫苗要求。我自愿同意完全免除The George Washington University, Colonial Health Center 以及其相关工作人员任何可能由我决定拒绝接种流脑 疫苗引起的花费，责任以及任何其他后果。

学生签名 _____ 日期 _____

打印版: 学生姓名 _____

父母/法定监护人签名 (如果年龄小于 18 岁) _____ 日期 _____

打印版: 父母/法定监护人姓名 _____

For office use only: Waiver reviewed and granted by: _____ Date: _____