 Form JGC-4

*Portuguese*



**AFFIDAVIT OF RELIGIOUS OBJECTION TO IMMUNIZATION**

***DECLARAÇÃO DE PROTESTO CONTRA IMUNIZAÇÃO POR MOTIVOS RELIGIOSOS***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do pai, da mãe ou responsável) compareceu diante de mim, o tabelião que assina este documento, e jurou que as declarações abaixo são verdadeiras:

1. Sou pai/mãe ou guardião legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome da criança) nascida em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data de nascimento).
2. Compreendo que o Departamento de Saúde Pública do Estado da Geórgia requer que as crianças tomem vacinas contra as seguintes doenças antes de darem entrada em uma escola ou instalações de cuidados infantis: difteria; Haemophilus influenza tipo B (não necessária no quinto aniversário ou após essa data); hepatite A; hepatite B; sarampo; meningite; caxumba; coqueluche (tosse convulsa); doença pneumocócica (não necessária no quinto aniversário ou após essa data); poliomielite; rubéola (sarampo alemão); tétano, e varicela (catapora).
3. Compreendo que o Departamento de Saúde Pública do Estado da Geórgia determinou o seguinte:
   1. essas vacinas são necessárias para evitar a disseminação de doenças perigosas entre crianças e a população deste Estado;
   2. as vacinas obrigatórias são seguras;
   3. crianças que não tomarem essas vacinas correm disco de contrair tais doenças e
   4. crianças que não receberem as vacinas obrigatórias correm o risco de disseminar essas doenças para mim, para outras crianças na escola ou nas instalações de cuidados infantis ou a outras pessoas.
4. Declaro de maneira sincera que as minhas crenças religiosas são contra a vacinação e que o meu protesto contra a vacinação não se baseia unicamente em uma filosofia pessoal ou inconveniência.
5. Compreendo que, independentemente das minhas objeções religiosas, o meu filho/a minha filha poderá ser excluído(a) da escola ou das instalações de cuidados infantis durante uma epidemia concreta ou possível envolvendo qualquer doença que poderia ser prevenida pela vacinação obrigatória perante o Departamento de Saúde Pública do Estado da Geórgia. Compreendo também que o meu filho/a minha filha poderá ser obrigado(a) a receber a vacina caso a doença alcance o status de epidemia, conforme o Código da Geórgia, seção 31-12-3 e a Regra 511-9-1-.03(2)(d) do Departamento de Saúde Pública.

Dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pai ou guardião legal (nome impresso) Pai ou guardião legal (assinatura)

|  |
| --- |
| **PLEASE NOTARIZE**  Sworn to and subscribed before me this \_\_\_\_\_\_day of \_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.  Notary Public:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date of Expiration of Notary Public Appointment |
|

jo juramento quien subscribe,

Jurado e assinado diante de mim no dia \_\_\_

de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tabelião

Minha autorização vence em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DPH Form 2208

*We protect lives.*

Revised June 2019