

IMMUNIZATION EXEMPTION REQUEST

SOLICITUD DE EXENCIÓN DE INMUNIZACIÓN

On religious, philosophical, or medical grounds, I request exemption for ☐ me and/or ☐ my child from all vaccinations and/or immunizations required by the BSA (found on Scouting.org under Scouting Safely) for attendance to Camp _____ operated by the _____ Council, Boy Scouts of America.

I understand that a medical evaluation and screening by a licensed health-care practitioner is necessary to reduce the possibility of exposing other camp participants to a communicable disease.

In consideration of these exemptions, I understand that I accept complete responsibility for the health of ☐ me and/or ☐ my child, and I hereby release and agree to hold harmless the Boy Scouts of America and any of its officers, agents, and representatives from any liability that might arise during Scouting activities by virtue of this exemption. It is further understood that, should an emergency arise, (name) _____, (telephone) _____, will be notified immediately. In the event that this contact cannot be located immediately, the Boy Scouts of America authorities may take such temporary measures as they deem necessary.

Por motivos religiosos, filosóficos o médicos, solicito la exención para mí ☐ o mi hijo ☐ de todas las vacunas o inmunizaciones requeridas por BSA (que se encuentran en Scouting.org bajo Scouting Safely) para asistir al campamento _____, operado por el concilio _____, Boy Scouts of America. Entiendo que una evaluación médica y el examen por parte de un profesional de la salud con licencia son necesarios para reducir la posibilidad de exponer a otros participantes del campamento a una enfermedad transmisible.

En consideración a estas exenciones, entiendo que acepto completa responsabilidad por mi salud ☐ o la de mi hijo ☐ y por medio de la presente libero y acuerdo eximir a la organización Boy Scouts of America y a cualquiera de sus funcionarios, agentes y representantes de cualquier responsabilidad que pueda surgir durante las actividades Scouting en virtud de esta exención. Queda entendido asimismo que, si surge una emergencia, (nombre) _____, (teléfono) _____, será notificado inmediatamente. En caso de que este contacto no sea localizado inmediatamente, las autoridades de Boy Scouts of America podrán tomar las medidas temporales que consideren necesarias.

Participant signature
Firma del participante

Parent/guardian signature
Firma del padre/tutor

Date
Fecha

Name (print)
Nombre (con letra)

Address
Dirección

City, State, Zip
Ciudad, Estado, Código postal



BOY SCOUTS OF AMERICA®