A Quien Corresponde:

Le e informado al personal del Distrito que mi hijo/hija, _____, tiene una condición medica o alergia de un alimento que pueda requerir que el/ella reciba asistencia durante el día escolar.

Nombre del Estudiante: _____

Condición Medica: _____

_____

Alergia del Alimento: _____

_____

Señales específicos y síntomas de observer: _____

_____

_____

Yo doy mi autorización para asistencia durante el día escolar. Yo doy mi autorización para que la enferm[illegible]