ESCUELAS PÚBLICAS DE TULSA
SERVICIOS DE SALUD

PETICIÓN PARA EXIMIR DE CLASES ESPECÍFICAS OFRECIDAS POR LOS SERVICIOS DE SALUD

_____	_____	_____
Nombre del alumno	Grado	Escuela

Por medio de la presente, solicito que a mi hijo(a)_____ no le sea requerido tomar la clase de _____durante el año escolar 20___ - 20___.

Comentarios:

Fecha _____, 20___.

_____
Padre/Tutor legal o Persona responsable del cuidado del alumno

_____ _____
Dirección Número de teléfono

_____
Ciudad/Estado/Código postal

Recomendación del Administrador de la escuela:

☐ Aceptado

☐ No Aprobado

_____ _____
Firma Fecha

Recomendación del Director de Servicios de Salud:

☐ Aceptado

☐ No Aprobado

_____ _____
Firma Fecha

HD 55D 2/2010