

# CONEWAGO VALLEY SCHOOL DISTRICT

---

130 Berlin Road · New Oxford, PA 17350 · (717) 624-2157 · Fax (717) 624-5020

## MEDICAL RELEASE FORM

*Yo doy mi autorización para que pasen los archivos medicos/vacunas de mi hijo de con*

\_\_\_\_\_ *Al Distrito Escolar de*  
*(oficina del doctor)*  
*Conewago Valley.*

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parentesco con el Niño/a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_