

Suspensión de modificaciones en comidas escolares indicadas por un médico matriculado o una autoridad médica

Nombre del médico matriculado o la autoridad médica _____

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

Certifico que el estudiante antes mencionado ya no necesita las modificaciones en las comidas indicadas anteriormente

a partir de la siguiente fecha: _____

Firma del médico matriculado/autoridad médica

Cargo del médico matriculado/autoridad

Dirección

Fecha

Ciudad, estado, código postal

Teléfono