

SYSTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE JOHNSON	
Exclusión voluntaria del Examen de salud	6.402.2

- 1. Nombre del Estudiante: _____
- 2. Nombre de Padre(s) /Tutor(es)_____
- 3. Domicilio: _____
- 4. Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
- 5. Me niego a que mi hijo participe en el siguiente examen de salud realizado como parte del programa coordinado de salud escolar _____.

Firma de Padre/Tutor

Fecha