

SOLICITUD DE LOS PADRES PARA SERVICIOS EN EL HOGAR/HOSPITAL

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Firma del maestro: _____ School: _____

Última fecha de asistencia: _____

Nombre del doctor: _____ Telefono de oficina: _____

Fecha de la última vez que lo vio el doctor: _____

¿Ha aconsejado el Doctor que el niño se quede en casa y fuera de la escuela? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es "Sí", ¿por cuánto tiempo? _____

Si la respuesta es "Sí", ¿por cuánto tiempo? Sí ☐ No ☐ Nombre del hospital: _____

Autorización del padre/tutor/cuidador

Por la presente, el Distrito Escolar Primario de Lawndale está autorizado a consultar al médico cuyo nombre he dado en relación con esta solicitud de Servicios en el Hogar/Hospital.

Firma del padre/tutor legal_____
Fecha

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA POR FAVOR

Firma del Director de Servicios de Apoyo Estudiantil: _____ Fecha: _____

Comentarios:
