Prekinder de la escuela de Delphos
901 Wildcat Lane
Delphos, OH 45833
www.delphoscityschools.org
Stephanie Braun, Directora del Prekinder
sbraun@delphoscityschools.org
419-695-1786 ext. 450
Fax: 419-692-2653

Declaración médica del niño para la inscripción del prekinder

Este formulario debe ser proporcionado antes del primer día de clases

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Se debe completar este formulario o se puede proporcionar una copia de los registros de vacunación.

Este niño ha recibido las vacunas requeridas por la sección 3313.671 del Código Revisado para la admisión a la escuela, o ha recibido las vacunas recomendadas por el Departamento de Salud del Estado de Ohio para bebés y niños pequeños o está exento de estos requisitos por razones médicas, filosóficas o razones religiosas.

Vacunas (ingrese mes, día y año) o adjunte una copia del registro de vacunación

Vacuna	DOSIS 1	DOSIS 2	DOSIS 3	DOSIS 4	DOSIS 5
Hep A					
Hep B					
DTap					
Influenza					
Polio					
Pneumococcal					
MMR					
HIB					
Varicella					
Rotavirus					

Si por separado , sarampión _____, paperas _____, rubéola _____

_____ _____
Nombre del médico **Número de telefono**

_____ _____
La dirección del médico **Ciudad, Estado, Código**

_____ _____
Firma del padre o tutor **Fecha**