



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Después de la junta en (fecha) \_\_\_\_\_, la siguiente acción / junta se estableció

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en revelar la condición médica de mi hijo(a) a las siguientes personas:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Declaración del padre(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Teléfono