



Nombre del Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Las leyes Federales y Estatales exigen permiso de un padre, tutor legal o estudiante elegible antes de que cualquier registro pueda ser divulgado a un individuo o agencia externa. Para cumplir con la ley de envío y / o solicitud de material, su firma es necesaria. Este permiso existirá por un año calendario a menos que sea rescindido por escrito antes de ese momento.

La información divulgada a la oficina de salud de la escuela será archivada en el registro de salud del estudiante.

Doy mi permiso a:

Nombre del Médico o Instalación Médica

Dirección: _____

Teléfono:: _____ Fax: _____

Divulgar información médica personal pertinente sobre mi hijo que pueda afectar su educación.

School Nurse: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: 978-303-4577

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____