



Corporación Escolar de la Comunidad de South Bend

Permiso de los Padres para Compartir Información Médica Estudiantil

Yo _____ padre/madre/tutor de _____

doy mi permiso a la Enfermera Escolar para que comparta la información médica incluida en este Plan de Salud Individual con cualquier personal responsable para el cuidado de mi hijo(a) durante el horario escolar y actividades antes y después de clases patrocinados por la escuela, incluyendo el transporte.

Firma de padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Testigo(a): _____ Fecha: _____