TULSA PUBLIC SCHOOLS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD

PETICION PARA EXTENCION DEL ALUMNO DE CLASES DEL VIRUS DE IMMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SINDROME DE INMUINODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

_____	_____	_____
Nombre y Apellido del Alumno	Grado	Escuela

Por medio de lo presente pido que _____ tenga un exencion De entrenamiento en Educacion Preventiva sobre el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Sindrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) durante el ano escolar de 20_____-20_____.

Comentarios:

_____, 20___.
Fecha

_____
Padre/Guardian Legal o persona Responsible para el Cuidado del Alumno

_____ _____
Direccion Numero de Telefono

_____
Cuidad / Estado / Codigo Postal

Recomendacion del Administrator del Sitio	Recomendacion del Director de Servicios de Salud
☐ Aprobado	☐ Aprobado
☐ No Aprobado	☐ No Aprobado
_____	_____
Firma Fecha	Firma Fecha

DISTRIBUCION: BLANCO-Servicios de Salud CANARIO-Administrador del Sitio ROSA-Padre/Guardian Legal o Persona Responsible para el Cuidado de Alumno

HD 55B (S) NOV. 2000, 01/07