CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO ANUAL DE DERECHOS DE PADRES/TUTORES

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO ANUAL DE DERECHOS DE PADRES/TUTORES

Firme y devuelva esta página a la escuela de su hijo indicando que le han notificado de las actividades específicas y si tiene un hijo en régimen continuo de medicación.

Esta notificación anual también está disponible en formato electrónico y se le puede proporcionar con solicitarlo. Si la notificación se hace de forma electrónica, el padre o tutor debe entregar a la escuela esta confirmación de haber recibido la notificación.

Nombre del Estudiante:		
Escuela:	Grado:	
Por la presente, confirmo que he recibido la información acerc	a de mis derechos, responsabilidades, y proteccio	nes.
Firma del Padre/Tutor:	Fecha:	
POR FAVOR COMPLETE LO SIGU	IENTE <u>SI FUESE APLICABLE</u>	
1. El estudiante está en un régimen continuo de medicación según	lo ha prescrito un médico:	
(Por favor marque uno) SI NO	_	
Si contestó SI: Doy permiso para contactar al médico del c		
Nombre del médico:	Teléfono:	
Medicación:	Dosis:	
Medicación:	Dosis:	
Si no desea que se divulgue información de directori entregue este formulario a la escuela dentro de los pr eque el distrito dé el nombre y otra información del estudinteresadas, asociaciones de padres/maestros, emplea NO divulgar información de directorio de	óximos 30 días. Tome nota que esto pr diante a medios publicitarios, escuelas	rohibirá
Escuela:		
Marque aquí si se debe de hacer la excepción de inc	cluir información y fotos del estudiante en el anuario	o escolar.
		(Fecha)
3. Al firmar abajo, otorga usted permiso al distrito para poner fol publicaciones relacionadas con la escuela.	tografías de su estudiante en el anuario escola	r y otras
Nombre del Estudiante:		
Escuela:	Grado:	
Firma del Padre/Tutor	Fecha:	