

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 Responsable para el Cuidado del Alumno

Direccion

Numero de Telefono

Ciudad / Estado /Codigo Postal

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