

Yo, el padre/madre/guardián de _____, por este
medio confirmo que la/s medicina/s _____

no es/son esencial/es para la preservación de la salud de mi hijo/a. Yo, por este
medio, le doy permiso al personal de la Escuela Ambiental Foothill Horizons a no
administrar esta/s medicina/s a mi hijo/a durante su visita a la escuela ambiental.

Firma del padre/madre/guardián: _____ Fecha _____

Por favor, devuelva este formulario firmado al FAX: 209-532-0019.

Gracias.