



Acuerdo de la Salud

Nombre del niño _____

1. Yo, certifico, que acepto respetar las pólizas de salud y obtener los exámenes médicos, dentales, las vacunas, los exámenes de laboratorio y los tratamientos mientras mi hijo este inscrito en este programa.
2. Yo, certifico, entiendo que mi hijo/hija se lavara los dientes diariamente en la escuela.
3. Yo, certifico, que acepto mantener mi hijo en casa cuando este enfermo, que me comunicare con la trabajadora social de la clase de mi hijo para notificarle que esta ausente y la razón por la cual esta ausente. En caso que mi niño se enferme en la escuela y **se tome la decisión de mandarlo a casa por que el no se siente bien,** Yo cogere mi niño de la escuela o buscare una persona para que lo recoja.
4. Yo, certifico, entiendo que es requerido que los padres mantengan los niños en casa si ellos tienen signos o síntomas de gripe infecciosa o cualquier otra clase de infección. **Si su niño ha tenido fiebre, el no puede regresar a la escuela hasta que la temperatura haya estado normal por 24 horas.** En este caso por favor no le pida al chofer del bus que transporta a su hijo/hija a la escuela. Si su niño tiene alguna enfermedad contagiosa, la escuela requiere que usted traiga una excusa medica.

Firma del Padre o Guardián

Fecha