

Distrito Escolar del Condado de St. Lucie
Notificacion a la Escuela de la Ausencia del Estudiante

PORCION DE PADRE:

Instrucciones: Una forma separada se debe completar para cada estudiante en la familia que ha faltado un dia o mas de escuela. Por favor complete la porcion de esta forma que le corresponde a los padres.

FECHA DE HOY: _____
Mes / dia / año

Mi hijo/a _____, **Fecha de nacimiento** _____,
Primer Nombre Apellido

estuvo ausente de la escuela en la siguiente fecha(s) _____
especifique mes/dia/año para cada dia que el estudiante estuvo ausente

porque _____

Mi hijo/a vio el medico. **si** **no** **Si vio al medico, favor de dar el**
nombre del medico: _____ **en** _____.
Nombre del medico Fecha que el estudiante vio al medico

Adjunto hay verificacion que el estudiante vio al medico. **si** **no**

Firma de padre/madre _____

Fecha firmado _____

Para Uso de la Escuela Solamente

Firma del Funcionario Escolar Que Recibe Este Aviso: _____

Esta ausencia ha sido **excusada** **no excusada**

Comentarios por el funcionario escolar: _____

