



Galena Park Independent School District Medical Condition/Food Allergy Disclosure

A Quien Corresponde:

Le e informado al personal del Distrito que mi hijo/hija, _____, tiene una condición medica o alergia de un alimento que pueda requerir que el/ella reciba asistencia durante el día escolar.

Nombre del Estudiante: _____

Condición Medica: _____

Alergia del Alimento: _____

Señales específicos y síntomas de observar: _____

Yo doy mi autorización para asistencia durante el día escolar. Yo doy mi autorización para que la enfermera escolar de instrucciones a los maestros, y cualquier persona encargada de mi hijo/hija sobre las condiciones medicas para que ellos puedan observar cualquier complicación que pueda ocurrir.

Nombre Del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Numero Telefónico

Numero Alternativo de Teléfono

Enfermera de GPMS

Firma de Enfermera de GPMS

Fecha