
Por favor, enviar el talonario firmado hasta lunes, 5 de noviembre.

Yo, _____, representante de _____,
estudiante de _____, Sí (....) NO (....) autorizo que el departamento médico realice revisiones periódicas
de la cabecita de mi hijo(a) en relación con el control de la pediculosis en la institución.

Si mi respuesta es no, me comprometo a enviar un certificado médico donde se pueda constatar que mi
hijo/a no tiene presencia de piojos o liendres, y se encuentra en tratamiento.

FIRMA DE RESPONSABILIDAD: _____

N° C.I.: _____