

Suspensión de modificaciones en comidas escolares indicadas por un médico matriculado o una autoridad médica

Nombre del médico matriculado o la autoridad médica _____

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

Certifico que el estudiante antes mencionado ya no necesita las modificaciones en las comidas indicadas anteriormente

a partir de la siguiente fecha: _____

Firma del médico matriculado/autoridad médica
médica

Cargo del médico matriculado/autoridad

Dirección

Fecha

Ciudad, estado, código postal

Teléfono

Suspensión del reemplazo de la leche líquida de vaca solicitado por el padre, la madre o el tutor

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

Certifico que el estudiante antes mencionado ya no necesita el reemplazo de la leche líquida de vaca solicitado anteriormente

a partir de la siguiente fecha: _____

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Dirección

Fecha

Ciudad, estado, código postal

Esta institución es un proveedor de oportunidades equitativas.