

Form JBC-3b

*Spanish*

**30-DAY ENROLLMENT WAIVER FOR**

**Georgia Department of Public Health Form 3231 (Certificate of Immunization)**

***EXTENCIÓN DE 30-DÍAS PARA ENTREGAR EL FORMULARIO 3231 DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE GEORGIA***

***(Certificado de Vacunación)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Escuela:** |  |

**Este formato debe estar completo en su totalidad.**

**Imprima o escriba a máquina**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  | Grado: |  | Fecha de nacimiento: |  | Edad: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del padre o tutor: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de inscripción: |  |  |  |

Conforme a O.C.G.A. § 20-2-771, el estudiante arriba mencionado solicita ser inscrito por un período de 30 días de calendario, durante los cuales completará todos los requisitos del Formato 3231 del Departamento de Salud Pública de Georgia (Certificado de Vacunación).

**Entiendo que no habrá una extensión más allá de los 30 días iniciales, y que mi hijo será dado de baja el día 31 del calendario si el Formato 3231 del Departamento de Salud Pública de Georgia (Certificado de Vacunación) no está completo.**

Firma del padre o tutor: Fecha:

**FAVOR DE NO ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LÍNEA – SOLO PARA USO DE LA ESCUELA**

*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\**

Date of 30th Calendar Day: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Principal/Designee Signature: Date: