

Form JBC-3c

*Spanish*

**30-DAY ENROLLMENT WAIVER FOR**

**Georgia Department of Public Health Form 3300 (Certificate of Vision, Hearing, Dental, and Nutrition Screening)**

***EXTENCIÓN DE 30-DÍAS PARA ENTREGAR EL FORMULARIO 3300 DEL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE GEORGIA***

***(Certificado de Revisión de Vista, Oído, Dental y Nutrición)***

|  |  |
| --- | --- |
| **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. § 20-2-770, el estudiante arriba mencionado solicita ser inscrito por un período de 30 días de calendario, durante los cuales completará todos los requisitos del Formato 3300 del Departamento de Salud Pública de Georgia (Certificado de Revisión de Vista, Oído, Dental y Nutrición). Este permiso se puede extender a un total de noventa días de acuerdo con la Regla del Departamento de Salud Pública 511-5-6-.02.

**Entiendo que es mi responsabilidad entregar a la escuela el formato requerido dentro del período de 30 días y que mi hijo será dado de baja el día 31 del calendario si el Formato 3300 del Departamento de Salud Pública de Georgia (Certificado de Revisión de Vista, Oído, Dental y Nutrición) 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: