



2714 Rd Startup, Fort Worth, a 76119
(817) 457-0608

Physician Statement

Requisito de admisión: Si su hijo no asiste a preescolar o a la escuela lejos de la guardería, deberá presentarse el siguiente formulario cuando su hijo sea admitido en la guardería o en una semana de ingreso. Si hay alguna condición médica de la que debamos ser informados, por favor que su médico la escriba en el espacio proporcionado.

Nombre del niño: _____ Birthdate: _____

HEALTH-CARE PROFESSIONAL'S STATEMENT: He examinado al niño de nombre superior dentro del pasado año y encontrar que él / ella es capaz de tomar parte en el programa de la guardería.
Observaciones:

Stamp de oficina del médico: Médicos Firma:

Physicians Printed Name:

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zip: _____

Número de teléfono: _____

Fecha:
