

## 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