

TO BE
COMPLETED
BY PARENT
OR
GUARDIAN

Name of Student _____
Last First Grade Teacher
Address _____

ABSENCE FROM SCHOOL REPORT BY PARENT

Reason for Absence _____
(If illness, be specific)

Inclusive dates of absence from: _____ through _____ Total days absent _____

All above absence was with my full knowledge and consent: YES NO

Date: _____ Parent's Signature: _____
Telephone: _____

TO BE
COMPLETED
AT THE
SCHOOL

VERIFICATION OF ABSENCE DUE TO ILLNESS

This illness was verified by means of note, conference, inspection, other _____
on _____ 20 _____, and I hereby certify that the statements given above are true and correct to the
best of my knowledge and belief.

Signed: _____ Check Title:
(Full Signature) _____ Health Assistant _____ Attendance Supervisor
_____ Teacher _____ Physician _____ Principal,
_____ other qualified School Employee

08-05413 1/02

PADRES O
TUTORES
LLENAN
ESTA
SECCION

Nombre del estudiante _____
Apellido Nombre Grado Maestro
Dirección _____

REPORTE DE PARTE DE LOS PADRES PARA EXCUSAR AUSENCIAS DEL ESTUDIANTE

Razón por la ausencia _____
(Si es por enfermedad, especifique)

Incluya las fechas de ausencias: _____ hasta _____ Días ausente _____

Estas ausencias ocurrieron con mi autorización: SI NO

FECHA: _____ Firma de los Padres: _____
Teléfono: _____

PERSONAL
DE LA
ESCUELA
LLENARA
ESTA
SECCION

VERIFICACION DE AUSENCIAS POR ENFERMEDAD

Esta verificación de enfermedad fue hecha por medio de mensaje, conferencia, inspeccion, o
_____ el día _____ de 20 _____, y certifico que toda la informacion escrita arriba es verdadera y correcta

Firma: _____ Marque su titulo:
(Firma completa) _____ Enfermera _____ Supervisor de Asistencia
_____ Maestro _____ Médico,
_____ Personal de la Escuela

08-05413 1/02