

# Alliance Public Schools

“SUCCESS FOR ALL STUDENTS”

## Documentation of Chickenpox

(To be filled out by the parent, guardian, or medical provider of the student)

This document is being submitted on behalf of:

\_\_\_\_\_

(Name of student)

\_\_\_\_\_

(Birth date of student)

I \_\_\_\_\_ verify that the above listed student  
(Parent/ Guardian/ Medical Provider)

had the Chickenpox disease in \_\_\_\_\_.  
(month/ year)

\_\_\_\_\_  
(Signature of parent/ guardian/ medical provider)

## Verificación del la enfermedad de Chickenpox

(Para ser llenado por los Padres, Tutores, o Médico del estudiante)

Este documento es sometido a favor de:

\_\_\_\_\_

(Nombre del estudiante)

\_\_\_\_\_

(Fecha de Nacimiento)

I \_\_\_\_\_ verifico que el estudiante mencionado arriba  
(Padre/ Tutor/ Médico)

tuvo la enfermedad de varicela en \_\_\_\_\_.  
(mes/ año)

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padre/ Tutor/ Médico)