



## DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD

Un profesional de salud debe firmar y fechar el formulario a menos que el diagnóstico médico y el tratamiento entren en conflicto con los principios y las prácticas de una organización religiosa reconocida a la que usted se adhiere o de la que es miembro.

Para ser firmado por un profesional de salud:

He examinado (al niño/a) \_\_\_\_\_ en el último año y encuentro que es físicamente capaz de participar en el programa Annie's Place en Parkland.

---

Firma del profesional de Salud

---

Firma

**FAX A: Annie's Place**

**214-266-8083**