



*Judson Independent School District*  
8205 Palisades Dr, Live oak, Texas, 78233 (210)945-5100

**ATTESTATION OF IMMUNOCOMPROMISED DIAGNOSIS FOR CONSIDERATION INTO VIRTUAL LEARNING PROGRAM**

ATESTACIÓN DE DIAGNÓSTICO INMUNOCOMPROMETIDO PARA CONSIDERACIÓN AL PROGRAMA VIRTUAL

**Upload this signed Doctor's Attestation to your application. Applications without this attachment will not be considered.**

Carge esta certificación a la solicitud para ser considerado para el programa de aprendizaje virtual.

Student Name Nombre de Estudiante		Date of Birth Fecha de Nacimiento	
Current School Escuela Actual		Grade Grado	
Parent Name Nombre del Padre		Phone Number Numero Telefónico	

Diagnosis of student who is immunocompromised/ Diagnosis de estudiante inmunocomprometido:

---

Date when student was diagnosed with condition/ Fecha en que el estudiante fue diagnosticado con condición:

---

Medications or treatments patient is currently receiving/ Medicamentos o tratamientos que el paciente está recibiendo:

---

Other pertinent information/ Otra información pertinente:

---



---

Physician Name Nombre del Doctor		Phone Number Numero Telefónico	
Physician Signature Firma del Doctor		Date Fecha	
Physician ID Number Número de Identificación		Office Address Dirección de la oficina	
Parent Signature Firma del Padre		Date Fecha	

Parents, please initial each box: Padres, por favor inicial cada caja:

I confirm all information submitted is accurate. Confirmo que toda la información presentada es exacta.

I acknowledge that enrollment in the JISD Virtual Program will be open during the fall of 2021 and will be re-evaluated at the end of the semester. Reconozco que la inscripción en el Programa Virtual JISD estará abierta durante el otoño de 2021 y será reevaluada al final del semestre.

I understand that enrollment in the JISD Virtual Program excludes my child from on-campus participation in any school and/or extracurricular activities (ex: Athletics, Fine Arts, etc.) Entiendo que la inscripción en el Programa Virtual JISD excluye a mi hijo de la participación en el campus en cualquier escuela y / o actividades extracurriculares (por ejemplo: Atletismo, Bellas Artes, etc.)

I acknowledge that I am giving JISD authorization to contact the physician listed above if there are any questions regarding the information included on this form. Reconozco que estoy dando autorización a JISD para comunicarse con el médico mencionado anteriormente si hay alguna pregunta con respecto a la información incluida en este formulario.

**\*\*\*THIS FORM MUST BE COMPLETED BY A PHYSICIAN. ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO.**