



# Le Jardin Early Learning Academy

Le Jardin Community Center, Inc.

311 NE 8<sup>th</sup> Street ▪ Suite 203 ▪ Homestead, FL 33030 ▪ 305-245-7299

Fecha: \_\_\_\_\_

Para los padres de: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento.: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Classroom: \_\_\_\_\_

Acorde con los documentos de salud, su niño(a):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor haga una cita con el pediatra para que reevaluen a su hijo(a). La parte inferior de esta forma debe ser llenada por el Doctor.

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

## **TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER:**

Treatment Plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

The child has a follow-up doctor visit: Yes

Date: \_\_\_\_\_ No

**Comments:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Health Care Agency/Physician: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Physician

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_