

Three Rivers Community Schools

Chicken Pox Verification

This is to verify that _____ had chicken pox on or

About (date) _____ and does not

Need the Varicella vaccine.

Signature _____

Relationship _____

Date _____

Verificacion de la varisela (chicken pox)

Esta nota es para verificar que _____ va ha

Tenido la enfermedad llamada varisela (chicken pox) en la siguiente fecha

y no neccesita la vacuna.

Firma _____

Relacion con el/la estudiante _____

Fecha _____