

Date \_\_\_\_\_

### Seminole High School Student Absence Verification Form

Please **PRINT**

**Full name of student** \_\_\_\_\_

**Last** \_\_\_\_\_ **First** \_\_\_\_\_ **Middle** \_\_\_\_\_

**Grade Level** (Circle One) **9 10 11 12** **DOB** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Phone No.** \_\_\_\_\_

**Date of Absence**

Month	Day	Day(s)	Class Periods
August			
September			
October			
November			
December			
January			
February			
March			
April			
May			

**Reason for absence:**

(Please check one)

- Medical treatment by licensed physician \*attach physician note
- Observance of a religious holiday **Please list:** \_\_\_\_\_
- Law enforcement order or court subpoena \*attach order
- Death of a family member \_\_\_\_\_
- Natural disaster \_\_\_\_\_
- Traffic accident that directly involved the student
- Extraordinary circumstances or situation prearranged with Principal permission \_\_\_\_\_
- Illness **Please describe:** \_\_\_\_\_

**Parent Signature** \_\_\_\_\_ **Parent Name** \_\_\_\_\_

**PRINT NAME of PARENT**

**Fecha** \_\_\_\_\_

### High School Secundaria Del Seminole Forma De la Verificación De la Ausencia Del Estudiante

Por favor IMPRESIÓN

**Nombre completo del estudiante** \_\_\_\_\_

**Último** \_\_\_\_\_ **Primero** \_\_\_\_\_ **Medio** \_\_\_\_\_

**Grado Llano** (Círculo Uno) **9 10 11 12** **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **No. Del Teléfono** \_\_\_\_\_

**Fecha de la ausencia**

Mes	Día	Día(s)	Períodos De la Clase
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			
Enero			
Febrero			
Marcha			
Abril			
Mayo			

**Razón de la ausencia:**

(compruebe por favor uno)

- Tratamiento médico del médico licenciado \* una la nota del médico
- La observancia de un día de fiesta religioso \* enumera por favor: \_\_\_\_\_
- Orden de aplicación de ley o citación de la corte \*una la orden
- Law enforcement order or court subpoena \*una la orden \_\_\_\_\_
- Muerte de un miembro de la familia \_\_\_\_\_
- Desastre natural \_\_\_\_\_
- Accidente de tráfico que implicó directamente a estudiante
- Circunstancias o situación extraordinarias prearranged con el permiso principal \_\_\_\_\_
- Enfermedad **Describe por favor:** \_\_\_\_\_

**Firma Del Padre** \_\_\_\_\_ **Nombre Del Padre** \_\_\_\_\_

**Nombre de la impresión del padre**