



GOOSE CREEK CONSOLIDATED INDEPENDENT
SCHOOL DISTRICT

School Health Program

PARENT STATEMENT OF VARICELLA DISEASE HISTORY

This is to verify that my son/daughter _____ had Varicella

(Chicken Pox Disease) on or about _____, _____, and does not need to be
(month) (date) (year)

vaccinated with the varicella vaccine. My child's date of birth is:

_____, _____
(month) (date) (year)

DECLARACION DEL PADRE DE HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DEL LA VARICELLA

Esta es para verificar que mi hijo/a, _____ tuvo Varicela

(la enfermedad de la viruela loca) en o mas o menos en _____, _____, y no
mes /dia) (ano)

necesita ser vacunado con la vacuna para la varicela. La fecha de nacimiento de mi hijo/a es:

_____, _____
(mes /dia) (ano)

Parent Signature / Firma del padre

Date / Fecha