



STATE OF NEW JERSEY  
DEPARTMENT OF EDUCATION

**Folleto sobre muerte cardíaca súbita**  
**Hoja de firma**

Nombre del distrito escolar: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela local: \_\_\_\_\_

Reconozco / reconocemos que recibimos y revisamos el folleto Muerte cardíaca súbita en atletas jóvenes.

Firma del alumno: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

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