



SERVICIOS DE SALUD BOCES NARANJA-ULSTER FORMULARIO DE LIMITACIÓN DEL MÉDICO 2020-2021

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

A: PROVEEDORES DE SALUD - Indique cuál, de la siguiente se aplica a este estudiante y la razón médica por cualquier restricción. Gracias.

A) SIN RESTRICCIONES - *Restricciones necesarios para las actividades de la escuela o la educación física.*
-OR-

B) EDUCACIÓN FÍSICA ADAPTA - *El estudiante puede participar en todas las actividades escolares que se han adaptado para satisfacer las necesidades especiales de cada alumno.*

Los estudiantes que tienen limitaciones y / o con impedimentos físicos rutinariamente tienen adaptaciones a sus programas escolares. Estudiantes no tienen que ser restringido aún más a menos que haya otros **problemas médicos**.

-OR-

C) NIVEL DE ACTIVIDAD DE PROTOCOLO DECOMISO

* (Sólo para estudiantes diagnosticados cuadro Ataques: Compruebe por favor con)

CATEGORÍA 1 El estudiante tiene un historial de convulsiones. Los estudiantes pueden participar en todas las actividades escolares.

Última actividad de los ataques _____ años.

CATEGORÍA 2 El estudiante tiene un historial de convulsiones que requiere la supervisión directa del personal cuando el estudiante está utilizando equipamiento de alto nivel, de rotación o comprometido en actividades que involucran las alturas o la escalada.

OTRAS Favor, describir lo que las limitaciones que el estudiante requiere para mantener su seguridad.

-OR-

D) RESTRICCIÓN DE EDUCACIÓN FÍSICA (que no sea para las convulsiones)

* Por favor, consulte las actividades que el estudiante es no participar en:

Contacto / Collision	Limited Contacto / Impacto	Extenuante sin Contacto	No Extenuante sin Contacto	No Extenuante (Individual)
Floor Hockey <input type="checkbox"/>	Baloncesto <input type="checkbox"/>	Bádminton <input type="checkbox"/>	Tiro al arco <input type="checkbox"/>	Guata <input type="checkbox"/>
Sleigh Riding <input type="checkbox"/>	Esquí XC <input type="checkbox"/>	Horseback <input type="checkbox"/>	Bolos <input type="checkbox"/>	Arrastrándose <input type="checkbox"/>
Snow Tubing <input type="checkbox"/>	Sofbol <input type="checkbox"/>	Tienda <input type="checkbox"/>	Golf <input type="checkbox"/>	Hop / Jump <input type="checkbox"/>
Fútbol <input type="checkbox"/>	Voleibol <input type="checkbox"/>	Natación <input type="checkbox"/>	Ping Pong <input type="checkbox"/>	Kicking <input type="checkbox"/>
Toque Fútbol <input type="checkbox"/>	ABLE Escalada w / Cuerda * <input type="checkbox"/>	Track <input type="checkbox"/>	Shuffle Board <input type="checkbox"/>	Saltarse <input type="checkbox"/>
	ABLE-sin cuerda de escalada <input type="checkbox"/>		Caminar <input type="checkbox"/>	Lanzamiento <input type="checkbox"/>

*ABLE es una experiencia de aprendizaje de las bases de la aventura que implica un circuito de cuerdas clásico de la escalada. Estudiantes desgaste completo arnés, casco y tienen los adultos manchado ellos.

Restringido hasta: _____ Diagnóstico: _____

Teléfono: _____ Correo: _____

Firma X _____ Fecha de impresión _____ Fecha _____

El formulario debe ser completado y firmado por el médico, enfermera practicante o asistente médico con licencia para practicar en el Estado de Nueva York

The Board of Cooperative Educational Services, Sole Supervisory District of Orange-Ulster Counties, operates all programs in compliance with the federal and state laws which prohibit discrimination because of race, color, religion, creed, national origin, political affiliation, sex, age, marital status, sexual orientation, pregnancy, military status, veteran status, genetic predisposition or carrier status, ancestry, disability or any other legally protected status. The compliance officer is Theresa A. Reynolds, Assistant Superintendent for Human Resources.