



# Chester Community Charter School

## RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD LETTER PADRE

### ACTIVITY RESTRICTIONS PARENT LETTER

Fecha \_\_\_\_\_  
Grado \_\_\_\_\_  
Aula \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ estudiantil

El estudiante mencionado anteriormente requiere las siguientes restricciones de actividad debido a:

Una enfermedad (Diagnóstico) \_\_\_\_\_

Una lesión (Diagnóstico) \_\_\_\_\_

Marque las casillas apropiadas a continuación:

- \_\_\_\_\_ Permitir al estudiante acceso ilimitado al baño.
- \_\_\_\_\_ Permita que el estudiante lleve la botella de agua durante todo el día escolar.
- \_\_\_\_\_ Permita que el estudiante descanse en la sala de salud durante 30 minutos por dolor de cabeza.
- \_\_\_\_\_ Permita que el estudiante use gafas de sol en la escuela.
- \_\_\_\_\_ Permitir el acceso de los estudiantes al ascensor durante todo el día escolar.
- \_\_\_\_\_ Permitir que el estudiante sea más tiempo entre clases.
- \_\_\_\_\_ Restringir la actividad física: educación \_\_\_\_\_ Receso \_\_\_\_\_ Deportes de contacto para:

\_\_\_\_\_ semanas hasta un nuevo seguimiento médico en \_\_\_\_\_  
(Fecha)

Otro Por favor, explíqueme.

---

---

---

---

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Sello de médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la enfermera: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_