



Simi Valley Unified School District

Student Support Services 875 E. Cochran St. Simi Valley, CA 93065 805-306-4500

READMISIÓN A CLASES DESPUÉS DE UN ACCIDENTE • LESIÓN • CIRUGÍA QUE REQUIERA YESOS, MULETAS, SILLA DE RUEDAS, SUTURAS, VENDAJES ELÁSTICOS, TABLILLAS, CABESTRILLOS

Los estudiantes que regresan a sus clases con yesos, muletas, silla de ruedas, suturas, vendajes elásticos, tablillas o cabestrillos por resultado de un accidente o lesión **deben** traer verificación de un médico autorizando el regreso a clases. Si un estudiante regresa a clases sin autorización de un médico, favor de pedir la recomendación de la enfermera escolar tocante a la asistencia continua de dicho estudiante hasta que se obtenga verificación de un médico. El estudiante no podrá participar en educación física, actividades del mediodía, recreos, ni le será permitido permanecer en el campo de recreos antes ni después de las clases, hasta que se reciba el permiso por escrito de un médico.

Parte I: A ser llena por los padres o tutores legales

Nombre del estudiante _____ Género _____ F.D.N.: _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro(a) _____

FECHA DE LA LESIÓN o CIRUGÍA: _____ TIPO DE LESIÓN o CIRUGÍA: _____

Con el entendimiento de que la escuela tomará las precauciones usuales para el bienestar y seguridad de mi hijo, pero teniendo en mente que siempre hay peligro asociado con cualquiera de los aparatos descritos arriba cuando en la compañía de mucha gente, por la presente descargo la escuela y su personal de toda responsabilidad por cualquier accidente que pueda ocurrir como resultado de este impedimento temporal.

Padres/tutores legales _____ Fecha _____

Part 2: To be completed by attending physician (A ser lleno por el médico)

Student's Diagnosis: _____

I have examined (student's name) _____ and consider him/her able to participate in regular school activities with the following recommendations:

Permission to be in school with: (Please indicate)

- Cast/Brace Crutches Wheelchair Stitches Elastic Bandages Slings

Recommendation for recess: (Please indicate)

- May not participate May not participate, but may circulate with peers Other

If "Other", please describe: _____

Physical Education: (Please indicate)

- May not participate May participate with the following limitations: _____

Recommendations in effect until: _____

Physician Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____