

Lista de actividades limitadas del estudiante

Información estudiantil

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Maestro: _____

Lesión/discapacidad/limitaciones (por favor, descríbalas detalladamente): _____

Adaptaciones especiales en la escuela: _____

¿Camina el estudiante con muletas? Sí** No

* Su hijo/a no podrá asistir independientemente o navegar nuestra escuela sin riesgos **si camina con muletas, o si usted ha contestado «no» a cualquiera de las actividades abajo marcadas con los "*****". Por favor llame inmediatamente al (209) 532-6673 para coordinar otras adaptaciones.

➤ Se requieren 6 semanas de anticipación para estudiantes que requieran una Sombra parental. **

Actividad:	¿Puede participar?	
** Participar en actividades de 9 de la mañana hasta las 9:30 de la noche	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No**
** Viajar en autobús más de 2 horas	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No**
** Caminar por una carretera asfaltada	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No**
** Caminata sobre terreno leve a moderado por senderos de tierra	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No**
** Caminar, jugar y explorar en clases de 2 horas y media	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No**
Caminar lentamente durante la noche durante 1, hora y media.	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No
Vadear en un arroyo somero	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No
Trepar por encima, por debajo y entre rocas	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No
Lanzar pelotas, frisbees o bolsas de frijoles	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No
Correr	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No
Saltar o mantener equilibrio sobre una cuerda de equilibrio	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No
Bailar	<input type="checkbox"/> Sí/ Puede autolimitarse	<input type="checkbox"/> No

Información y firma del padre/madre/guardián legal

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Consulte a su médico si necesita consejo.

Envíe el formulario completo y firmado a:

A la atención de: Foothill Horizons

Correo electrónico: foothillhorizons@stancoe.org

Fax: (209) 532-0019