



Permiso para Regresar a la Escuela con Yesos, Muletas, Silla de Ruedas u Otro Dispositivo de Asistencia

Estimado Padre/Tutor/Cuidador:

Después de una enfermedad o lesión en la que un dispositivo médico sea parte del proceso de rehabilitación de su hijo/a, este formulario debe ser:

1. Completado en su totalidad.
 2. Firmado por usted y el médico de su hijo/a.
 3. Presentado en la oficina de la escuela antes de que su estudiante sea readmitido en la escuela.
- Por la presente doy permiso para que mi hijo/a use el siguiente dispositivo de asistencia mientras está en la escuela. Entiendo que el director o su designado puede requerir que mi hijo/a permanezca en la oficina u otra área supervisada en ciertos momentos durante el día escolar si lo considera necesario para su seguridad o la seguridad de los demás.

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Dispositivo Médico (Seleccione): Yeso Muletas Silla de Ruedas Otro _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Si llueve mientras su hijo/a usa muletas, no puede venir a la escuela a menos que firme la renuncia a continuación que libera a la escuela de responsabilidad.

- Por la presente solicito que a mi hijo/a se le permita venir a la escuela con muletas, aunque entiendo que hay peligros que pueden resultar en lesiones en el campus.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Physician's Name: _____

- This is to certify that _____ was instructed in the safe use of their assistive device and is able to attend school with the following recommendations/restrictions.

Nature of Injury: _____

Date of Injury: _____

Duration of Assistive Device Use: _____

Physician's Address: _____

Physician's Phone #: _____ Fax #: _____

Physician's Signature: _____

Date Signed: _____