



Santiago Charter Middle School

- A Tuition-Free, Award-Winning Public School with A Private School Approach -

515 N Rancho Santiago Blvd., Orange, CA 92869 – (714) 997-6366

Santiago School Policy: Use of Mobility Aids on Campus

AT SANTIAGO CHARTER MIDDLE SCHOOL, WE PRIORITIZE THE SAFETY AND WELL-BEING OF ALL STUDENTS. TO ENSURE PROPER SUPPORT AND SAFETY FOR STUDENTS WHO REQUIRE THE USE OF MOBILITY AIDS SUCH AS CRUTCHES, WALKERS, WHEELCHAIRS, WALKING BOOTS, OR BRACES, THE FOLLOWING POLICY IS IN EFFECT:

1. DOCTOR'S NOTE OR PARENTAL CONSENT REQUIREMENT:

- ANY STUDENT USING A MOBILITY AID ON CAMPUS MUST PROVIDE A SIGNED DOCTOR'S NOTE OR [PARENTAL CONSENT](#) FORM ACKNOWLEDGING THE USE OF THE DEVICE AND RELEASING SANTIAGO FROM LIABILITY RELATED TO ITS USE.
- THE DOCUMENTATION MUST STATE THE NECESSITY OF THE MOBILITY AID AND INCLUDE THE EXPECTED DURATION OF ITS USE.

2. SUBMISSION PROCESS:

- THE DOCTOR'S NOTE OR [PARENTAL CONSENT](#) FORM MUST BE SUBMITTED TO THE SCHOOL'S MAIN OFFICE BEFORE THE STUDENT CAN ENTER CAMPUS WITH THE MOBILITY AID.
- THE SCHOOL NURSE WILL REVIEW THE DOCUMENTATION AND KEEP IT ON FILE.

3. CAMPUS SAFETY GUIDELINES:

- STUDENTS USING MOBILITY AIDS SHOULD USE DESIGNATED ACCESSIBLE PATHWAYS AND FOLLOW ANY SPECIFIC SAFETY GUIDELINES PROVIDED BY SCHOOL STAFF.
- THE SCHOOL STAFF WILL OFFER ASSISTANCE WHEN NEEDED BUT CANNOT PROVIDE ONGOING PERSONAL SUPPORT THROUGHOUT THE SCHOOL DAY.

4. LIABILITY WAIVER:

- SANTIAGO CHARTER MIDDLE SCHOOL IS NOT LIABLE FOR ANY INJURIES, ACCIDENTS, OR COMPLICATIONS ARISING FROM THE USE OF MOBILITY AIDS ON CAMPUS.

****FAILURE TO COMPLY WITH THIS POLICY MAY RESULT IN THE TEMPORARY PROHIBITION OF THE MOBILITY AID ON CAMPUS UNTIL APPROPRIATE DOCUMENTATION IS PROVIDED.**



Santiago Charter Middle School

- A Tuition-Free, Award-Winning Public School with A Private School Approach -
515 N Rancho Santiago Blvd., Orange, CA 92869 – (714) 997-6366

Santiago School Policy: Use of Mobility Aids on Campus

EN SANTIAGO CHARTER MIDDLE SCHOOL, PRIORIZAMOS LA SEGURIDAD Y EL BIENESTAR DE TODOS LOS ESTUDIANTES. PARA GARANTIZAR EL APOYO ADECUADO Y LA SEGURIDAD DE LOS ESTUDIANTES QUE REQUIEREN EL USO DE AYUDAS PARA LA MOVILIDAD, TALES COMO MULETAS, ANDADORES, SILAS DE RUEDAS, BOTAS PARA CAMINAR, O APARATOS ORTOPÉDICOS, LA SIGUIENTE POLÍTICA ESTÁ EN VIGOR:

1. NOTA DEL MÉDICO O REQUISITO DE CONSENTIMIENTO PATERNO:

- TODO ESTUDIANTE QUE UTILICE UN DISPOSITIVO DE AYUDA A LA MOVILIDAD EN EL CAMPUS DEBE PRESENTAR UNA NOTA FIRMADA POR EL MÉDICO O [UN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO](#) DE LOS PADRES EN EL QUE SE RECONOZCA EL USO DEL DISPOSITIVO Y SE LIBERE A SANTIAGO DE TODA RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON SU USO.

2. PROCESO DE PRESENTACIÓN:

- LA NOTA DEL MÉDICO O [UN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO](#) DE LOS PADRES DEBE PRESENTARSE EN LA OFICINA PRINCIPAL DE LA ESCUELA ANTES DE QUE EL ESTUDIANTE PUEDA ENTRAR EN EL CAMPUS CON LA AYUDA DE MOVILIDAD.
- LA ENFERMERA DE LA ESCUELA REVISARÁ LA DOCUMENTACIÓN Y LA GUARDARÁ EN SUS ARCHIVOS.

3. NORMAS DE SEGURIDAD DEL CAMPUS:

- LOS ESTUDIANTES QUE UTILICEN DISPOSITIVOS DE AYUDA A LA MOVILIDAD DEBEN UTILIZAR LAS VÍAS ACCESIBLES DESIGNADAS Y SEGUIR LAS DIRECTRICES DE SEGURIDAD ESPECÍFICAS PROPORCIONADAS POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA.
- EL PERSONAL DE LA ESCUELA OFRECERÁ AYUDA CUANDO SEA NECESARIO, PERO NO PUEDE PROPORCIONAR APOYO PERSONAL CONTINUO DURANTE TODO EL DÍA ESCOLAR.

4. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD:

- SANTIAGO CHARTER MIDDLE SCHOOL NO SE HACE RESPONSABLE DE LAS LESIONES, ACCIDENTES O COMPLICACIONES QUE SURJAN POR EL USO DE AYUDAS DE MOVILIDAD EN EL CAMPUS.

****SI NO SE CUMPLE ESTA POLÍTICA, SE PUEDE PROHIBIR TEMPORALMENTE LA AYUDA DE MOVILIDAD EN EL CAMPUS HASTA QUE SE PRESENTE LA DOCUMENTACIÓN ADECUADA.**



Santiago Charter Middle School

- A Tuition-Free, Award-Winning Public School with A Private School Approach -
515 N Rancho Santiago Blvd., Orange, CA 92869 – (714) 997-6366

Santiago School Policy: Use of Mobility Aids on Campus

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

GRADO: _____

FECHA: _____

INFORMACIÓN SOBRE AYUDAS A LA MOVILIDAD

TIPO DE AYUDA A LA MOVILIDAD (POR EJEMPLO, MULETAS, ANDADOR, SILLA DE RUEDAS, ETC): _____

MOTIVO DE USO: _____

DURACIÓN PREVISTA DE USO: _____

RECONOCIMIENTO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, EL PADRE/TUTOR FIRMANTE DEL ESTUDIANTE ARRIBA MENCIONADO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

1. MI HIJO NECESITA UTILIZAR LA AYUDA DE MOVILIDAD ESPECIFICADA EN EL CAMPUS POR RAZONES MÉDICAS O FÍSICAS.
2. ME HE ASEGURADO DE QUE MI HIJO ESTÁ ENTRENADO EN EL USO SEGURO Y ADECUADO DE LA AYUDA DE MOVILIDAD.
3. LIBERÓ A SANTIAGO CHARTER MIDDLE SCHOOL Y A SU PERSONAL DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL USO DE LA AYUDA DE MOVILIDAD EN EL CAMPUS, INCLUYENDO CUALQUIER LESIÓN O ACCIDENTE QUE PUEDA OCURRIR.
4. ENTIENDO QUE EL PERSONAL DE LA ESCUELA AYUDARÁ A MI HIJO DENTRO DE LO RAZONABLE, PERO NO PUEDE PROPORCIONAR APOYO PERSONAL CONTINUO DURANTE TODO EL DÍA ESCOLAR.

FIRMA:

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____