



Serious or Life-Threatening Illness/Treatment Certification Form

Campus: _____ Date: _____

Cypress-Fairbanks ISD is requesting the following information in effort to support the student named in Part I during his/her absence from school.

Part I: Student			
Print Student's Full Name:	DOB:	CFISD ID#:	Grade:
Part II: Parent/Guardian			
Print Parent/Guardian Name:	Parent/Guardian phone:		
	Parent/Guardian Email address:		
Parent/Guardian Signature:			Date:
Part III:			
TO BE COMPLETED by Healthcare Professional Licensed, Certified, or Registered to practice in Texas			
1. Does the student have a serious or life-threatening illness/treatment? YES NO a. If yes, please list the serious or life-threatening illness/treatment here: _____			
2. Does the serious or life-threatening illness/treatment listed above prevent the student from attending school? YES NO a. If yes, please provide the anticipated period of absence due to the serious or life-threatening illness/treatment listed above _____			
Healthcare Professional's Printed Name:			
Healthcare Professional's Signature:			
Hospital/Facility:			
Address:			
Phone:			
Healthcare Professional's additional notes if necessary:			
Part IV: CFISD Campus Use Only			
<input type="checkbox"/> Verified & Approved <input type="checkbox"/> Documentation does not apply to code LTI			
Principal / Associate Principal: _____		Date: _____	
_____ Counselor Review			
_____ Proper documentation received (Attendance Office)			
_____ Attendance data entered (Attendance Office)			



Formulario de Certificación Enfermedad / tratamiento grave o potencialmente mortal (LTI)

Escuela: _____ Fecha: _____
 Cypress-Fairbanks ISD necesita obtener la siguiente información para apoyar, al estudiante nombrado en la Sección 1 de este formulario, durante su ausencia de la escuela.

Sección I: Estudiante			
Nombre completo del estudiante en letra de imprenta:	Fecha de nacimiento:	No. de ID del CFISD:	Grado:
Sección II: Padre o tutor legal			
Nombre completo del padre o tutor legal en letra de imprenta:	Teléfono del padre o tutor legal: Correo electrónico del padre o tutor legal:		
Firma del padre o tutor legal:			Fecha:
Sección III: A SER LLENADA por un profesional de la salud con licencia, certificación o registro para ejercer en Texas			
3. ¿Tiene el estudiante una enfermedad/tratamiento grave o potencialmente mortal? SÍ NO a. Si la respuesta es ‘sí’, liste aquí la enfermedad/tratamiento grave o potencialmente mortal: _____			
4. ¿Impide la enfermedad/tratamiento grave o potencialmente mortal, mencionado anteriormente, que el estudiante asista a la escuela? SÍ NO a. Si la respuesta es ‘sí’, indique el período previsto de ausencia debido a la enfermedad/tratamiento grave o potencialmente mortal mencionado anteriormente: _____			
Nombre del profesional de la salud en letra de imprenta:			
Firma del profesional de la salud:			
Hospital/Institución:			
Domicilio:			
Teléfono:			
Notas adicionales del profesional de la salud, si correspondiese:			
Part IV: CFISD Campus Use Only			
<input type="checkbox"/> Verified & Approved <input type="checkbox"/> Documentation does not apply to code LTI			
Principal / Associate Principal: _____		Date: _____	
_____ Counselor Review			
_____ Proper documentation received (Attendance Office)			
_____ Attendance data entered (Attendance Office)			