Santa Clara Unified School District

# Modificaciones a la clase de Educación Física por el proveedor de cuidado médico

Este formulario deberá completarse para que un estudiante con una discapacidad o lesión médica pueda participar en Educación Física (PE), según lo exige el Código de Educación de California, o pueda participar en el recreo escolar diario. (Códigos de Educación de California 51206, 51210, 51211, 51220, 51223)

**Nombre del estudiante:** _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Escuela:** _____

**Diagnóstico/Cirugía:** _____ *(Opcional)*

**Marqué el programa de Educación Física o nivel de actividad apropiado:**

☐ Programa regular de Educación Física, o nivel de actividad, (no necesita modificaciones)

☐ Exención* de Educación Física (no puede participar de manera segura en Educación Física). *Nota: California requiere 2 años de Educación Física para graduarse de la preparatoria.*

☐ Puede participar en Educación Física, o en el recreo, con las siguientes restricciones:
*( Incluya una breve descripción y marque las casillas correspondientes. Especifique si se han establecido límites a las actividades por motivos médicos o de seguridad).*

**Complete una de las siguientes opciones:**

**A. PUEDE PARTICIPAR EN LOS SIGUIENTES DEPORTES:** Importante: ver Sección C

☐Béisbol ☐Baloncesto ☐ Fútbol ☐Golf ☐Correr ☐Soccer ☐Sóftbol ☐Natación ☐Tenis ☐Voleibol ☐_____

**B. RECOMENDACIÓN DE ACTIVIDADES** (Marque aquellas que correspondan y añada comentarios si es necesario)

| TIPO DE ACTIVIDAD | OMITIR | LEVE | MODERADA | ILIMITADA | COMENTARIOS: |
|---|---|---|---|---|---|
| Aeróbica | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Agacharse | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Atrapar (cachar) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Escalar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Colgar de barras | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Brincar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Patear | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Levantar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Jalar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Empujar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Correr | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Cuclillas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Estirarse | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Aventar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Girar de lado | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Caminar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

**C. Especificar limitaciones si es necesario:**

☐ Estudiante regresará a la escuela con (por favor, marque:) ☐ **Muletas** ☐ **Caminadora** ☐ **Silla de ruedas** ☐ **Escúter de rodilla**

☐ Restricciones de temperatura/clima exterior: _____

☐ Modificaciones de los requisitos de milla (sólo caminar, tiempo extra, media milla, etc.): _____

☐ No permitir ninguna otra actividad física que no sea ir/salir de clase a pie.

☐ Otro: (especifique): _____

Above restrictions / limitations are for dates: ☐ _____ to _____ ***OR*** ☐ Until the end of the school year

***Physician Signature:*** _____ ***Date:*** _____

**Physician Name:**

**Address:** _____ **Phone:** _____

**City:** _____ **Zip:** _____

I give permission to contact the physician for consultation and exchange of information as needed.

***Signature of Parent or Guardian:*** _____ ***Date:*** _____ **Phone:** _____

***This form must be <u>renewed</u> each school year or with any change or modification in physical education or activity restrictions.***

* California Education Code establishes requirements for physical education at all levels. In addition, California Education Code provides for Temporary or Permanent Exemption from Physical Education for medical reasons. (California Education Codes 51241, 51246)