

PHYSICIAN'S NOTE FOR SCHOOL

(to be submitted to any Adams County school)

Date _____

Student Name _____

I examined the above named student and found him/her to be:

☐ ill and could be excused from school for the following dates _____.

☐ ill, yet could have been in school.

☐ well.

☐ having on-going health issues and a discussion with school administrators or health officers would be valuable.

I hereby give permission for the doctor or members of his/her staff to discuss this medical issue with appropriate members of the school staff.

Signature of parent, legal guardian, or student (over age 14)

NOTE: Permission may be necessary to satisfy requirements for a legal absence.

Physician's signature

Affix office address or stamp here:

PHYSICIAN'S NOTE FOR SCHOOL

(to be submitted to any Adams County school)

Date _____

Student Name _____

I examined the above named student and found him/her to be:

☐ ill and could be excused from school for the following dates _____.

☐ ill, yet could have been in school.

☐ well.

☐ having on-going health issues and a discussion with school administrators or health officers would be valuable.

I hereby give permission for the doctor or members of his/her staff to discuss this medical issue with appropriate members of the school staff.

Signature of parent, legal guardian, or student (over age 14)

NOTE: Permission may be necessary to satisfy requirements for a legal absence.

Physician's signature

Affix office address or stamp here:

PHYSICIAN'S NOTE FOR SCHOOL

(to be submitted to any Adams County school)

Date _____

Student Name _____

I examined the above named student and found him/her to be:

☐ ill and could be excused from school for the following dates _____.

☐ ill, yet could have been in school.

☐ well.

☐ having on-going health issues and a discussion with school administrators or health officers would be valuable.

I hereby give permission for the doctor or members of his/her staff to discuss this medical issue with appropriate members of the school staff.

Signature of parent, legal guardian, or student (over age 14)

NOTE: Permission may be necessary to satisfy requirements for a legal absence.

Physician's signature

Affix office address or stamp here:

PHYSICIAN'S NOTE FOR SCHOOL

(to be submitted to any Adams County school)

Date _____

Student Name _____

I examined the above named student and found him/her to be:

☐ ill and could be excused from school for the following dates _____.

☐ ill, yet could have been in school.

☐ well.

☐ having on-going health issues and a discussion with school administrators or health officers would be valuable.

I hereby give permission for the doctor or members of his/her staff to discuss this medical issue with appropriate members of the school staff.

Signature of parent, legal guardian, or student (over age 14)

NOTE: Permission may be necessary to satisfy requirements for a legal absence.

Physician's signature

Affix office address or stamp here:

NOTA MÉDICA PARA LA ESCUELA

(debe presentarse a cualquier escuela del condado de Adams)

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Evalué al estudiante mencionado y determiné que estaba

☐ enfermo, lo cual justifica su ausencia en las fechas en cuestión

Es posible que el estudiante hubiera podido asistir a clases a

☐ pesar de sus problemas de salud persistentes

☐ Buena salud

☐ Dada la enfermedad prolongada, sería muy valioso tratar este asunto con los administradores escolares y el personal de salud

Por la presente doy permiso al médico o a los miembros de su personal para discutir este asunto médico con los miembros correspondientes del personal escolar.

Firma del padre, tutor legal o estudiante (mayor de 14 años) NOTA: Puede ser necesario permiso para cumplir los requisitos de ausencia legal

Firma del médico

Pegue aquí la dirección de la oficina o el sello:

NOTA MÉDICA PARA LA ESCUELA

(debe presentarse a cualquier escuela del condado de Adams)

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Evalué al estudiante mencionado y determiné que estaba

☐ enfermo, lo cual justifica su ausencia en las fechas en cuestión

Es posible que el estudiante hubiera podido asistir a clases a

☐ pesar de sus problemas de salud persistentes

☐ Buena salud

☐ Dada la enfermedad prolongada, sería muy valioso tratar este asunto con los administradores escolares y el personal de salud

Por la presente doy permiso al médico o a los miembros de su personal para discutir este asunto médico con los miembros correspondientes del personal escolar.

Firma del padre, tutor legal o estudiante (mayor de 14 años) NOTA: Puede ser necesario permiso para cumplir los requisitos de ausencia legal

Firma del médico

Pegue aquí la dirección de la oficina o el sello:

NOTA MÉDICA PARA LA ESCUELA

(debe presentarse a cualquier escuela del condado de Adams)

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Evalué al estudiante mencionado y determiné que estaba

☐ enfermo, lo cual justifica su ausencia en las fechas en cuestión

Es posible que el estudiante hubiera podido asistir a clases a

☐ pesar de sus problemas de salud persistentes

☐ Buena salud

☐ Dada la enfermedad prolongada, sería muy valioso tratar este asunto con los administradores escolares y el personal de salud

Por la presente doy permiso al médico o a los miembros de su personal para discutir este asunto médico con los miembros correspondientes del personal escolar..

Firma del padre, tutor legal o estudiante (mayor de 14 años) NOTA: Puede ser necesario permiso para cumplir los requisitos de ausencia legal

Firma del médico

Pegue aquí la dirección de la oficina o el sello:

NOTA MÉDICA PARA LA ESCUELA

(debe presentarse a cualquier escuela del condado de Adams)

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Evalué al estudiante mencionado y determiné que estaba

☐ enfermo, lo cual justifica su ausencia en las fechas en cuestión

Es posible que el estudiante hubiera podido asistir a clases a

☐ pesar de sus problemas de salud persistentes

☐ Buena salud

☐ Dada la enfermedad prolongada, sería muy valioso tratar este asunto con los administradores escolares y el personal de salud

Por la presente doy permiso al médico o a los miembros de su personal para discutir este asunto médico con los miembros correspondientes del personal escolar..

Firma del padre, tutor legal o estudiante (mayor de 14 años) NOTA: Puede ser necesario permiso para cumplir los requisitos de ausencia legal

Firma del médico

Pegue aquí la dirección de la oficina o el sello: