

Life-Threatening Health Conditions

Date: _____

Dear Parent or Guardian:

If your student has a life-threatening health condition of which the school should be aware, we recommend that you obtain a medication and/or treatment plan from your healthcare provider and make it available to the school as soon as possible. This will enable the school to ensure a safe environment for your child.

Parent/Guardian: Please complete the section below and return the form as soon as possible.

Name of Student: _____

Please indicate any health conditions below:

_____ asthma

_____ food allergy: _____

_____ health-related dietary restriction: _____

_____ other allergy: _____

_____ diabetes

_____ other: _____

Please remember to attach a medication and/or treatment plan from your healthcare provider when returning this form.

You may visit [Department of Health](#) for more information about state policies and procedures for schools.

Signature of Parent/Guardian: _____ Printed

name of parent/guardian _____

Address (street, city, state, zip): _____

Email Address: _____

Telephone: _____

Стани здоров'я, які загрожують життю

Дата: _____

Шановні батьки / опікуни:

Якщо учень страждає на захворювання, які загрожують життю та здоров'ю та про які слід повідомити шкільну адміністрацію, рекомендуємо Вам якнайшвидше отримати від свого лікаря план лікування та/або прийому медикаментів і передати його до школи. Це дозволить шкільній адміністрації забезпечити безпеку Вашої дитини.

Батьки / опікуни: заповніть розділ нижче і поверніть форму за першої нагоди.

Прізвище, ім'я учня: _____

Вкажіть усі наявні захворювання:

_____ астма

_____ алергія на продукти харчування:

_____ обмеження у харчуванні за станом здоров'я:

_____ інші види алергії:

_____ діабет

_____ інше:

Повертаючи форму обов'язково додайте до неї план лікування та/або прийому медикаментів від свого лікаря.

Додаткову інформацію про шкільну політику штату можна отримати на сайті [Department of Health](#).

Підпис батьків / опікунів:

_____ Ім'я, прізвище
батьків / опікунів (друкованими літерами) _____

Адреса (вулиця, місто, штат,

індекс): _____

Електронна пошта: _____

Телефон: _____