

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: _____

ज्यानलेवा स्वास्थ्य अवस्थाहरु

मिति: _____

आदरणीय आमाबुबा वा अभिभावक ज्यू:

तपाईंको विद्यार्थीमा ज्यानलेवा स्वास्थ्य अवस्था छ जसको बारेमा विद्यालयले थाहा पाउनु पर्छ भने, हामी तपाईंलाई तपाईंको स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट औषधि र/वा उपचार योजना प्राप्त गर्न र त्यसलाई सकेसम्म चाँडो विद्यालयमा बुझाउन सुझाव दिन्छौं। यसले विद्यालयलाई तपाईंको बच्चाको लागि सुरक्षित वातावरण सुनिश्चित गर्न सक्षम बनाउँछ।

आमाबुबा/अभिभावक: कृपया तल प्रदान गरिएको खण्ड पूरा गर्नुहोस् र फाराम सकेसम्म चाँडो फिर्ता गर्नुहोस्।

विद्यार्थीको नाम: _____

कृपया कुनै पनि स्वास्थ्य अवस्था तल उल्लेख गर्नुहोस्:

_____ दम

_____ खानाको एलर्जी:

_____ स्वास्थ्यसँग सम्बन्धी आहार प्रतिबन्ध: _____

_____ अन्य एलर्जी: _____

_____ मधुमेह

_____ अन्य: _____

कृपया यो फाराम फिर्ता पठाउँदा आफ्नो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट प्राप्त औषधि र/वा उपचार योजना पठाउन नबिर्सिनुहोस्।

विद्यालयसम्बन्धी राज्यका नीतिहरू तथा कार्यविधिहरूको बारेमा थप जानकारी प्राप्त गर्न तपाईं [स्वास्थ्य विभाग](#) को वेबसाइटमा जान सक्नुहुन्छ।

आमाबुबा/अभिभावकको हस्ताक्षर: _____

आमाबाबु/अभिभावकको स्पष्टसँग लेखिएको नाम

ठेगाना (सडक, सहर, राज्य, जिप): _____

इमेल ठेगाना: _____

टेलिफोन: _____