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: _______________________________

الظروف الصحية التي تهدد الحياة

التاريخ: ______________________________

السيد المحترم الوالد أو ولي ا مر:

إذا كان لدى طفلكم ظروف صحية تهدد الحياة يجب أن تكون المدرسة على علم بها، ونوصيكم بالحصول على خطة الدواء أو ال من مقدم الرعاية الصحية وتقديمها للمدرسة في أقرب وقت ممكن. وسيمكن ذلك المدرسة من ضمان بيئة آمنة لطفلكم.

السيد المحترم الوالد أو ولي ا مر يرجى إكمال النموذج المذكور أدناه وإعادة النموذج في أقرب وقت ممكن.

اسم الطالب: ______________________________

برجاء ذكر أي ظروف صحية أدناه:

________ ضيق التنفس

________ حساسية تجاه الطعام: ______________________________

________ التقييد الغذائي المتعلق بالصحة: ______________________________

________ حساسية الطعام ا خرى: ______________________________

________ ا صابة بمرض السكر: ______________________________

________ أخرى: ______________________________

يرجى إرفاق خطة الدواء وا ج من مقدم الرعاية الصحية عند إعادة هذا النموذج.

للمزيد من المعلومات المتعلقة بسياسات وإجراءات المدارس يمكنكم زيارة الموقع Department of Health.

توقيع الوالد/ ولي ا مر: ______________________________

اسم الوالد/ ولي ا مر مطبوعًا: ______________________________

العنوان (الشارع/المدينة/الدولة/الرمز البريدي): ______________________________

عنوان البريد ا لكتروني: ______________________________

رقم التليفون: ______________________________