

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: _____

صحت کے جان لیوا حات

تاریخ: _____

مخبرم والی نرس اس پرست

گر آپ کے طلبہ کی صحت کی حالت جان لیوا ہے جس کے بارے میں لڑکوں کو گالہ مہنا چاہیے تو بہت جی زکوت ہے کہ آپ اپنے وقت ہکھوئے فرلہ مکین نہ سے دوا اور علاج چکا ہے وہ حصہ حاصل کریں اور اسے لچہ از لچہ لڑکوں کو دینی ابکریں یہ لڑکوں کو آپ کے بچے کے لئے محفوظ ماحول کو یقین دینے کے قابل بنائے گا۔

والی نرس پرست برٹن نے مہربانی فلک کے جسے کو کمل کریں اور لچہ از لچہ فارم وپس کریں۔

طلبہ کی مکانات: _____

برٹن نے مہربانی فلک میں صحت کی سبب ہی حالت کی شرحیں دی ہیں:

دم _____

کھلے سے الرجی: _____

صحت سے متعلق غلطی پہلے دی: _____

بگرجی: _____

طبی طس _____

بگرجی: _____

برلہ کرم اس فارم کو وپس کرتے وقت اپنے وقت ہکھوئے فرلہ مکین نہ سے دوا اور علاج چکا ہے وہ حصہ نہیں لکھیں ای اندر کہیں۔

آپ کو اپنی پہلے ہیوں اور لڑکوں کے طریق کار کے بارے میں مفید مفہوم تکے لئے [بچہ صحت](#) کا دور کر سکتے ہیں۔

والی نرس پرست تک کے دستخط: Printed _____

والی نرس پرست تکانات _____

پتہ گلی، شہر، ریاست، ڈپ: _____

ای ہل آڈیس: _____

ٹیلی فون: _____