



FORMA DE PARTICIPACION PARA EDUCACION FISICA

Nombre de la Escuela _____ Nombre del Maestro(a) _____

Período de Clase _____ Año _____

Estimados Padres/Encargados,

El Departamento de Educación Física necesita la siguiente información que nos permitirá estar conscientes de la condición física de su hijo(a) a fin de hacer los cambios necesarios para su participación, si fuese necesario.

I. INFORMACION GENERAL (por favor use letra de molde)

Nombre del estudiante _____ Teléfono del Hogar _____

Dirección _____

Nombre de Padres/Encargado _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección _____

Nombre de otra persona _____ Relación con el Estudiante _____

Dirección _____

Firma de Padres (Favor firmar) _____ Fecha _____

II. POR FAVOR IDENTIFIQUE CONDICIONES MEDICAS, MEDICAMENTOS Y/O HISTORIAL QUE CONSIDERE NECESARIO PARA EL PERSONAL MEDICO (Ej. cirugías previas, condiciones crónicas, etc.)

III. PROGRAMA RESTRINGIDO (a ser completado por un médico SOLO si existen restricciones)

Nombre del estudiante _____

Tipo de problema de salud persistente: _____

No debe participar en las siguientes actividades : _____

Firma del médico _____ Nombre del Médico
(favor usar letra de molde) _____

Dirección _____

Teléfono (_____) _____ Fecha _____