

JHD-EB

EXHIBIT

**EXCLUSIONS AND EXEMPTIONS
FROM SCHOOL ATTENDANCE**

FLOWING WELLS SCHOOL DISTRICT

CERTIFICATE OF CHRONIC HEALTH CONDITION

For School Year 20__ - 20__

Student Name: _____ Birth Date: _____

School: _____ Grade: _____ Student # _____

Number of school days absent this year: _____, as of this date: _____

I authorize Flowing Wells School District and my child's Health Care Provider to exchange health information relevant to my child's ability to attend school and ability to function when in attendance.

Health Provider: _____

Phone: _____ FAX: _____

Address: _____ City/State/Zip: _____

Parent/Guardian Name Parent Signature Date

Health Care Provider – Please Review These Instructions Before Completing This Form

The purpose of this form is to enable a health care provider to certify that a Flowing Wells School District student qualifies as a student with a chronic health condition.

Certification is appropriate only if the student will be unable to attend school frequently or for substantial periods due to a chronic condition, illness, disease, injury (accident), or pregnancy complications. Certification is not appropriate if the health condition is not sufficiently debilitating to prevent the student from attending school.

By state law, this certification may be provided **only** by a licensed medical doctor, osteopathic physician, podiatrist, naturopathic physician, chiropractor, physician's assistant, or registered nurse practitioner.

Health Care Provider – Please Complete the Following:

Student's diagnosed health condition: _____

Is the student's health condition active currently? ___ No ___ Yes

Comment:

Is the student currently able to attend school? ___ No ___ Yes

___ Yes, with accommodations:

Is the student currently able to participate in physical activity?

___ No ___ Yes

___ Yes, with these accommodations:

Do you expect the student to miss more than nine (9) school days per semester?

___ No ___ Yes

Anticipated number of absences to be excused per semester _____

Comments _____

If you are able, please indicate when the student's health condition is expected to resolve:

Health Care Provider Name (Print) _____

Licensing Title _____

Provider Signature _____ Date _____

JHD-EB

EXHIBIT

**EXCLUSIONES Y EXENCIONES
DE ASISTENCIA ESCOLAR**

**DISTRITO ESCOLAR FLOWING WELLS
CERTIFICADO DE CONDICIÓN DE SAUD
CRÓNICA DEL DISTRITO**

Año Escolar 20_____ - 20_____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____ # de estudiante _____

Número de días ausentes de este año escolar: ____, al presente: _____

Autorizo al Distrito Escolar Flowing Wells y al proveedor de atención médica de mi hijo a intercambiar información de salud pertinente sobre la capacidad de mi hijo para asistir a la escuela y su capacidad para funcionar cuando asiste.\

Proveedor de servicios de salud: _____

Tel.: _____ FAX: _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

Nombre del padre, madre o tutor Firma Fecha

Proveedor de atención médica: *revise estas instrucciones antes de completar este formulario*

El propósito de este formulario es permitir que un proveedor de atención médica certifique que un estudiante del Distrito Escolar Flowing Wells califica como un estudiante con una condición de salud crónica.

La certificación es apropiada solo si el estudiante no podrá asistir a la escuela con frecuencia o durante períodos sustanciales debido a una condición crónica, dolencia, lesión (accidente) o complicaciones del embarazo. La certificación no es apropiada si la condición de salud no es lo suficientemente debilitante como para impedir que el estudiante asista a la escuela.

Según la ley estatal, esta certificación solo puede ser otorgada por un médico con licencia, un médico osteópata, un podólogo, un médico naturópata, un quiropráctico, un asistente médico o un enfermero practicante registrado.

Proveedor de Cuidado de Salud – *Llene lo siguiente:*

Condición de salud diagnosticada del estudiante: _____

¿Está la condición de salud del estudiante activa? _____ Sí _____ No

Comentarios:

¿Puede el estudiante asistir a la escuela actualmente? _____ Sí _____ No

_____ Sí, con acomodaciones:

¿El estudiante actualmente puede participar en actividad física?

_____ Sí _____ No

_____ Sí, con estas acomodaciones:

¿Espera que el estudiante pierda más de nueve (9) días escolares por semestre?

_____ Sí _____ No

Número previsto de ausencias que serán justificadas por semestre _____

Comentarios _____

Si puede, indique cuándo se espera que se resuelva la condición de salud del estudiante:

Nombre de proveedor de cuidado médico (Letra de molde) _____

_____ Licencia Título _____

_____ Firma del proveedor

_____ Fecha _____