ESCUELAS DEL CONDADO DE POLK
FORMA DE RESTRICCIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA

NOMBRE______________________ ________________________ ________________________
Apellido Nombre Inicial o Segundo Nombre

GRADO ____________ **ESCUELA** ____

La siguiente información relacionada con la condición física de su hijo/a es requerida. Esto nos permitirá planear el programa de educación física más apropiado.

Condición Física del Estudiante:

Se recomienda que el médico le haga al estudiante un examen físico cada año. Como resultado del más reciente examen físico:

_____ Mi hijo/a no está capacitado físicamente para participar en el programa de educación física en las Escuela Públicas del Condado de Polk. (C**omplete la parte de debajo de esta forma)**

Fecha ____________________ Firma del Padre ____

- -

En caso de que su hijo/a no esté capacitado/a para participar en el programa regular de educación física, se necesita que esta parte sea completada por su médico.

In the event that your child is not able to take part in the regular physical education program, the following form needs to be completed by your physician.

List activities recommended / Enumerar actividades recomendadas ___________________________________
____
____

Specific directions for instructor /Instrucciones específicas para el instructor: ____________________________
____

It is recommended that this student participate during the period beginning (date) _________________________
and ending (date) ________________________ only in the activity or activities listed above.
Se recomienda que este estudiante participe durante el período comenzando (fecha) _________________________
y terminando (fecha) ____________________ solamente en las actividades enumeradas arriba.

Parent's Signature ____
(Firma del Padre)
Physician's Signature ____
(Firma del Médico)

Note to Teachers: Following usage of this form, place it in the cumulative folder of the student as part of his/her health record.