

**TUSD**

Policy JHD- E1

## شهادة طبية للطالب مع الحالة الصحية المزمنة

اسم الطالب	#التسلسل	تاريخ الميلاد	الصف
اسم الوالد / الوصي	ارقام الهاتف		
عنوان البريد الالكتروني للوالد			
العنوان	المدينة	الرمز البريدي	
المدرسة	تاريخ المشاورة		

تحتاج المعلومات التالية لتكتمل من قبل طبيب مرخص طبيًا، اختصاصي الأقدام، مقوم العظام، طبيب العظام، طبيب العلاج الطبيعي، مساعد الطبيب، أو الممرضة التشخيص

الرجاء تعيين - مرض مزمن بسبب :  جرح  مرض مزمن

**\*\*رجاء حدد اولاً اذا كان وضع الطالب دائمي\*\***

حدد القيود

قيود النشاط البدني :

قد يكون هذا الطالب غير قادر على حضور دروس منتظمة لفترات متقطعة من يوم واحد أو أكثر كأيام متتالية بسبب مرض مزمن، او مرض مؤقت، والحوادث، أو الحمل. وأتوقع أن ومدة عدم انتظام حضور الطالب قد تكون ما لم تكن دائمية طول المدة

العنوان الوظيفي للشخص المرخص

اسم مقدم الرعاية طباعة