



Medical Certification of Student with Chronic Health Condition

关于有慢性病的学生的医疗声明

学生姓名	学号 #	出生日期	年级
家长/监护人姓名		电话号码	
家长电邮 _____			
住址	城市	邮编	
学校		咨询日期	

如下内容需要由有执照的医生，耳科医生，推拿医生，骨科医生，神经科医生，医生助理，或者助理医生来填写。

诊断 _____

请选择- 诊断依据: 受伤 长期病

****如果学生的状况是永久的，请签字**** _____

说明不能参加学校活动的原因: _____

受限体育活动: _____

由于生病，有病，意外受伤，或者怀孕，该学生可能在一定时间或长期不能参加正常体育课。如果不是永久不能参加的话，我期望该学生不能参加正常体育课的时间为_____。

具体多长时间

医生的名字	执照头衔
医生的签名	日期