

Teléfono Escolar: _____

Fax Escolar: _____

Educación Física Modificada o Restricciones en el Recreo Diario

Llene este formulario para que un estudiante con incapacidad médica o lastimadura física pueda participar en educación física (siglas en inglés PE), requisito necesario del Código de Educación de California, o para que pueda participar en el recreo diario. (Códigos de Educación de California 51206, 51210, 51211, 51220, 51223)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Diagnosis/Cirugía: _____ (Opcional)

Escoja un programa apropiado de educación física (PE), o nivel de actividad:

- Programa regular de educación física, o de nivel de actividad, (sin modificación).
- Exención* de participar en educación física (el estudiante no puede de manera segura participar en actividades de educación física). Nota: El estado de California pide dos años de educación física (PE) como requisito de graduación de la escuela secundaria (High School graduation).
- El estudiante puede participar en educación física o en el recreo, con las siguientes restricciones:
(Por favor marque las secciones apropiadas y dé un comentario breve. Incluya límites en las actividades por motivo de seguridad o por razones médicas.)

Marque una de las siguientes actividades:

A. PUEDE PARTICIPAR EN LOS SIGUIENTES DEPORTES:

Béisbol Baloncesto Fútbol Americano Golf Carreras Soccer Natación Tennis Voleibol _____

B. RECOMENDACIONES PARA LAS ACTIVIDADES (Por favor marque la actividad apropiada y agregue comentarios dónde sea necesario)

TIPO DE ACTIVIDAD	OMITIR	LIGERO/ SOSEGADO	MODERADO	SIN LÍMITE	COMENTARIOS
Ejercicio Aeróbico					
Doblarse					
Atrapar con las manos					
Escalar					
Colgarse de manos					
Brincar					
Patear					
Alzar					
Jalar					
Empujar					
Correr					
Agacharse					
Estirarse					
Aventar					
Girar sin mover piernas					
Caminar					

Las restricciones/limitaciones deben seguirse _____ a _____ o Un Semestre o hasta terminar el año escolar a partir de las fechas:

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Nombre del Médico en letra de molde: _____

Domicilio del Médico: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Yo doy mi permiso para que se consulte al médico y se intercambie información cuando sea necesario.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Este formulario debe ser renovado cada año escolar o cada vez que haya un cambio o modificación de las restricciones en educación física o restricciones en otras actividades.

*El Código de Educación de California establece requisitos para la educación física a todos los niveles. También provee exención temporal o permanente en la participación de educación física debido a circunstancias médicas. (Código de Educación de California 51241, 51246)

