

Life-Threatening Health Conditions

Date: _____

Dear Parent or Guardian:

If your student has a life-threatening health condition of which the school should be aware, we recommend that you obtain a medication and/or treatment plan from your healthcare provider and make it available to the school as soon as possible. This will enable the school to ensure a safe environment for your child.

Parent/Guardian: Please complete the section below and return the form as soon as possible.

Name of Student: _____

Please indicate any health conditions below:

_____ asthma

_____ food allergy: _____

_____ health-related dietary restriction: _____

_____ other allergy: _____

_____ diabetes

_____ other: _____

Please remember to attach a medication and/or treatment plan from your healthcare provider when returning this form.

You may visit [Department of Health](#) for more information about state policies and procedures for schools.

Signature of Parent/Guardian: _____ Printed

name of parent/guardian _____

Address (street, city, state, zip): _____

Email Address: _____

Telephone: _____

Problèmes de santé potentiellement mortel

Date :

Cher Parent ou Tuteur :

Si votre élève a un problème de santé potentiellement mortel dont l'école devrait être informée, nous vous recommandons d'obtenir plan de médicament et/ou de traitement auprès de votre prestataire de santé et de le mettre à la disposition de l'école dès que possible. Cela permettra à l'école d'assurer un environnement sûr pour votre enfant.

Parent/Tuteur : Veuillez remplir la section ci-dessous et retourner le formulaire dès que possible.

Nom de l'élève :

Veuillez indiquer ci-dessous tout problème de santé :

asthme

allergie alimentaire :

restriction alimentaire liée à la santé :

autre allergie :

diabète

autre :

N'oubliez pas de joindre un plan de médicament et/ou de traitement de votre prestataire de santé lorsque vous renvoyez ce formulaire.

Vous pouvez visiter [le Département de la Santé](#) pour plus d'informations sur les politiques et procédures de l'État pour les écoles.

Signature du Parent/Tuteur :

Nom imprimé du Parent/Tuteur :

Adresse (rue, ville, état, code postal) :

Adresse d'e-mail :

Téléphone :