

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: _____

জীবনের জন্য ছমকিস্বরূপ স্বাস্থ্য অবস্থা

তারিখ: _____

প্রিয় পিতামাতা বা অভিভাবক:

যদি আপনার শিক্ষার্থীর জীবন-ছমকির স্বাস্থ্য অবস্থা থাকে যার সম্পর্কে স্কুলের সচেতন হওয়া উচিত, আমরা সুপারিশ করব যে আপনি আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে একটি ওষুধ এবং/অথবা চিকিৎসা পরিকল্পনা গ্রহণ করুন এবং যত তাড়াতাড়ি সম্ভব স্কুলে এটি প্রাপ্য করুন। এটি স্কুলকে আপনার সন্তানের জন্য নিরাপদ পরিবেশ নিশ্চিত করতে সক্ষম করবে।

পিতামাতা/অভিভাবক: অনুগ্রহ করে নীচের সেকশনটি সম্পূর্ণ করুন এবং যত তাড়াতাড়ি সম্ভব ফর্মটি ফেরত দিন।

শিক্ষার্থীর নাম: _____

অনুগ্রহ করে নিচের যেকোনো স্বাস্থ্যের অবস্থা নির্দেশ করুন:

_____ অ্যাজমা বা হাঁপানি

_____ খাদ্যে অ্যালার্জি: _____

_____ খাদ্যতালিকাগত স্বাস্থ্য-সংশ্লিষ্ট বিধি-নিষেধ: _____

_____ অন্যান্য অ্যালার্জি: _____

_____ ডায়াবেটিস

_____ অন্যান্য: _____

এই ফর্মটি ফেরত দেওয়ার সময় অনুগ্রহ করে আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে একটি ওষুধ এবং/অথবা চিকিৎসা পরিকল্পনা সংযুক্ত করতে ভুলবেন না।

স্কুলগুলির জন্য স্টেট এর নীতি এবং পদ্ধতি সম্পর্কে আরও তথ্যের জন্য আপনি [ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ](#) ভিজিট করতে পারেন।

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের প্রিন্ট নাম _____

ঠিকানা (রাস্তা, শহর, স্টেট, জিপ): _____

ইমেইল: _____

টেলিফোন: _____