

## 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: \_\_\_\_\_

## Tình trạng Sức khỏe Đe dọa Tính mạng

Ngày:

Kính gửi Quý phụ huynh/Người giám hộ:

Nếu học sinh có tình trạng sức khỏe đe dọa đến tính mạng mà nhà trường phải biết, chúng tôi khuyên quý vị nên mua thuốc và/hoặc kế hoạch điều trị từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và cung cấp cho nhà trường càng sớm càng tốt. Điều này sẽ cho phép nhà trường đảm bảo một môi trường an toàn cho con quý vị.

Phụ huynh/Người giám hộ: Vui lòng hoàn thành phần bên dưới và gửi lại biểu mẫu càng sớm càng tốt.

Họ tên học sinh:

Vui lòng cho biết bất kỳ tình trạng sức khỏe nào dưới đây:

hen suyễn

dị ứng thực phẩm:

hạn chế chế độ ăn uống liên quan đến sức khỏe:

dị ứng khác:

bệnh tiểu đường

khác:

***Vui lòng nhớ đính kèm thuốc và/hoặc kế hoạch điều trị từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị khi gửi lại biểu mẫu này.***

Quý vị có thể ghé thăm trang web của [Sở Y tế](#) để biết thêm thông tin về các chính sách và quy trình của tiểu bang đối với các trường học.

Chữ ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Tên viết hoa của phụ huynh/người giám hộ

Địa chỉ (đường phố, thành phố, tiểu bang, mã zip):

Địa chỉ Email:

Điện thoại: