

DURANGO SCHOOL DISTRICT 9-R/ Distrito Escolar De Durango 9-R

**APPLICATION FOR HOMEBOUND INSTRUCTION/ APLICACION
de las INSTRUCCIONESQUE VA A LA CASA**

School year/ Año escolar 20____/ _____

Name of child/ Nombre del niño/a: _____

Grade/Grado: _____ DOB/Fecha de nacimiento: _____

Address/Dirección: _____

Phone #/ Número de teléfono: _____

School/ Escuela: _____

Parents/Padres: _____

Signature/ Firma: _____

Parent or guardian must sign this form indicating approval of home or hospital teaching and return it to the Student Support Services Office, 201 East 12th Street, Durango, CO 81301

Un padre o un tutor tiene que firmar esta forma indicando que aprueba la educación que viene de la casa o del hospital y regresarla a la Oficina de Apoyo Estudiantil, 201 East 12th Street, Durango, CO 81301.

STATEMENT OF PHYSICIAN/ Declaración de Medico

Diagnosis/Diagnostico:

Probable length of time child will be unable to attend school? / ¿Tiempo probable que el estudiante tarde sin poder asistir a la escuela?

Should hours of instruction per week be limited? / ¿Las horas de instrucción deben de estar limitadas por semana? Yes/Sí _____ No _____

If yes, how many hours? / ¿ Sí, cuántas horas? _____

Should P.E. be adapted to fit needs of student? / ¿La educación física debe de ser adaptado para las necesidades del estudiante? Yes/ Sí _____ No _____

Home to school equipment recommended? / ¿Equipo de escuela recomendado para la casa?

Yes/Sí _____ No _____

Physician's Name/ Nombre de Medico: _____

Signature/ Firma

Address/ Dirección: _____

Date/Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY/ SOLO PARA USO DE OFICINA

Date Homebound instruction began/ Fecha del inicio de instrucción en casa:

Teacher assigned to student/ Profesor asignado al estudiante:

Approved By/ Aprobado por: _____

Signature/ Firma

Date/ Fecha: _____