



School Participation Following Illness

(Such as: Extended illness, hospitalization, surgery, 911 calls, stitches, staples)
 질병에 따른 학교 활동 참여 (예: 확장 질병, 입원, 수술, 911 응급전화, 김거나 꿰맨 상처)

Student Name _____ **Date of Birth** _____
 학생이름 생년월일

School _____ **Grade** _____ **Teacher** _____
 학교 학년 교사

Diagnosis _____ **Date of Illness** _____
 진단 질병 날짜

Student may return to school on _____
 학생이 학교에 다시 출석할 수 있는 날짜

Treatment Plan/Current Medication(s): _____
 치료 계획/현재 복용약(들)

Special Precautions During School Hours: _____
 학교 시간 동안 특별주의 사항들

Contagious: _____ **Non Contagious:** _____
 전염성 비 전염성

I have examined the above named student and consider him/her able to participate in regular school activities with the following recommendations: 위의 언급된 학생을 검사하였고 다음 권고 사항들과 함께 정규 학교 활동에 참여할 수 있을 것으로 고려됩니다.

Recommendations for Recess 쉬는시간: *May participate* 참여할 수 있음 *May not participate* 참여하지 못함
 May not participate, but may circulate with peers 참여할 수 없지만, 친구들과 있을 수 있음
 Other 기타 _____

Recommendations for Physical Education 체육: *May participate* 참여할 수 있음 *May not participate* 참여하지 못함
 May participate with limitations (please describe) 제한적 참여 (설명요함): _____

Above recommendations to be in effect until (date) _____
 위의 권고 사항들의 유효기간 (날짜/연제까지)

Comments/Additional Instructions: _____
 소견/추가 지침



Authorized Health Care Provider Signature _____
 공인 의료인 서명

Authorized Health Care Provider Name (print clearly) _____
 공인 의료인 이름 (정자 기입)

Telephone _____ **Date** _____
 전화번호 날짜

I give my permission for my child (name) 자녀이름 _____ to return to school under conditions described above. I give permission for the School Nurse to exchange health-related information with authorized health care provider.
 본인은 이름 지명된 본인의 자녀가 위에서 설명한 조건 하에서 학교에 재 출석하는 것을 허락합니다. 본인은 공인 의료 공급자와 건강 관련 정보를 교환하도록 학교 간호사에 권한을 부여합니다.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
 학부모/보호자 서명 날짜