

## विद्यार्थीको दीर्घकालीन स्वास्थ्य स्थिति मेडिकल प्रमाणीकरण

विद्यार्थीको नाम	आवेदन #	जन्म मिति	ग्रेड
अभिभावक / संरक्षकको नाम		फोन नम्बर	
अभिभावकको इमेल ठेगाना _____			
ठेगाना	शहर	जिप	
स्कूल	परामर्शको मिति		

निम्न जानकारी एक लाइसेन्स प्राप्त मेडिकल डाक्टर, पोडीआट्रिस्ट, काइरोप्याक्टर, ओस्टियोपेथिक चिकित्सक, न्याचुरोपेथिक चिकित्सक, चिकित्सक सहायक, वा नर्स प्र्याकटीसनरले पुरा गर्न आवश्यक छ।  
निदान \_\_\_\_\_

चेक गर्नुहोस – निदान कारण:  चोट  दीर्घकालीन रोग

**\*\* विद्यार्थीको अवस्था स्थायी भए नामको प्रारंभिक अक्षर लेख्नुहोस् \*\*** \_\_\_\_\_

स्कूलको गतिविधिहरूमा प्रभावित गर्ने सीमितता पहिचान गर्नुहोस: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

शारीरिक गतिविधि सीमितता: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

यो विद्यार्थी बिराम, रोग, दुर्घटना, वा गर्भवती भएको कारण एक वा बढी लगातार दिनको अनिरन्तर अवधिको लागि नियमित कक्षामा उपस्थित हुन असमर्थ हुन सक्छ। म विद्यार्थीको अनियमित उपस्थितिको अवधि \_\_\_\_\_ हुने आशा गर्दछु, स्थायी होइन भने।

समय अवधि

स्वास्थ्य प्रदायकको नाम \_\_\_\_\_ लाइसेन्स पद \_\_\_\_\_

स्वास्थ्य प्रदायकको हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_

Cc: Student Health Folder

JHD-E1 – Medical Certification of Student with Chronic Health Condition Reviewed 1-22-15

JHD-E1NE

Reviewed: 01/22/15