

Chứng nhận y tế của sinh viên với điều kiện sức khỏe mãn tính

Tên học sinh	Số đăng ký	Năm sinh	Lớp
Tên phụ huynh/ giám hộ		Số điện thoại	
Địa chỉ email của phụ huynh _____			
Địa chỉ	Thành phố	Mã vùng	
Trường	Ngày tư vấn		

Các thông tin sau cần được hoàn thành bởi một bác sĩ có giấy phép y tế, bác sĩ nắn xương, bác sĩ thiên nhiên liệu pháp, trợ lý của bác sĩ, y tá hoặc bác sĩ.

Chuẩn Đoán :

Vui lòng kiểm tra – Chuẩn đoán vì: Bị thương Bệnh mãn tính

**** Xin ký tắt ở đây, nếu điều kiện của học sinh là thường xuyên ****

Xác định những hạn chế ảnh hưởng đến hoạt động của trường: _____

Hạn chế hoạt động thể chất: _____

Học sinh này có thể không thể tham dự các lớp học thường xuyên trong thời gian liên tục của một hoặc nhiều ngày liên tiếp vì bệnh tật, bệnh tật, tai nạn, hoặc mang thai. Tôi hy vọng thời gian của sinh viên tham dự đều sẽ được _____, Nếu không thường xuyên.

Trong thời gian _____

Viết tên nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe _____ Tiêu đề cấp phép _____