



School Participation Following Injury

부상에 따른 학교 활동 참여

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

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

Diagnosis _____ **Date of Injury** _____
 진단 부상 날짜

The above-named student may return to school on _____
 위의 학생이 학교에 다시 출석할 수 있는 날짜

Student will return to school with: No Assistive Device 보조기구 없이
 학생이 학교에 재 출석할 때 함께 사용하게 될 기구들:

- Wheelchair 휠체어
 Cast 캐스트/기부스
 Crutches 목발
 Walking Boot 보행신발
 Brace 금속보호대
 Sutures 봉합
 Walker 보행기
 Sling 매는 장치
 Elastic Bandage 탄력붕대
 Splint 부목
 Other Device 기타 보조기구 _____

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 _____

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 _____ **NPI #** _____

공인 의료인 서명

Authorized Health Care Provider Name (print clearly) _____

공인 의료인 이름 (정자 기입)

Telephone _____ **Date** _____

전화번호

날짜

Office Stamp

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