



JUST KIDS

an early childhood learning center

Cam-Held Enterprises Inc.

Longwood Road • Middle Island • New York • (631) 924-0008
Mailing Address: P.O. Box 12 • Middle Island, New York 11953

Dear Parents or guardians/ Padre O Tutores:

In the event that your child requires hospitalization due to Surgery, sutures, staples, skin glue, illness or undergoes any procedure or treatment that requires the use of anesthesia, even if on an outpatient basis, broken or fractured bones or injuries, the Nursing department requires a written medical clearance from your child's doctor **before they may return to school**. The doctor must specify on this clearance that your child can resume regular school or educational home based services that they can participate in gym and playground activities and for any child that receives Physical, Occupational and / or Speech therapies clearance must be received before your child can resume these services, For your convenience the doctor may use the form below and **fax** it to the nursing department **(631) 924-4602**. Thank you for your cooperation in this matter, if you have questions please **call** the nursing department **(631) 924-0008**.

En caso de que hijo requiera hospitalización debido a: Cirugía, suturas, grapas, pegamento de la piel, enfermedad o se someta a cualquier procedimiento o tratamiento que requiera el uso de anestesia, incluso so se realiza de forma ambulatoria, huesos rotos o fracturados o lesiones, el departamento de Enfermería requiere una autorización médica escrito por del médico de su hijo antes **de que puedan regresar a la escuela**. El médico debe especificar en esta autorización que su hijo puede reanudar los servicios escolares regulares o en el hogar educativo, que puede participar en actividades de gimnasio y el patio de recreo y cualquier niño que reciba terapia física, ocupacional o del habla debe recibir antes que su hijo puede reanudar estos servicios. Para su conveniencia, el médico puede usar el siguiente formulario y enviarlo por **fax** al departamento de enfermería **(631) 924-4602**. Gracias por su cooperación en este asunto. Si tiene alguna pregunta, **llame** al departamento de enfermería **(631) 924-0008**.

Child's Name: _____ DOB: _____ Rm# _____

Diagnosis: _____

Reason for Hospitalization/Procedure: _____

___ May return to school on: _____

___ May resume educational home-based services on: _____

___ May resume the following services: ___ **Gym** ___ **Playground** ___ **Speech Therapy**

___ **Occupational Therapy** (___ **Limit to table top activities**)

___ **Physical Therapy (climbing, running, jumping, balance, etc.)**

Physician's comments/ recommendations/ goals or restrictions: _____

Medical precautions or contraindications: _____

Physician's signature and stamp _____ **Date:** _____

Type or printed name: _____

Address: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____



Physician Stamp