



JUST KIDS
 an early childhood learning center
 Cam-Held Enterprises, Inc.

Dear Parents or guardians/

In the event that your child requires hospitalization due to surgery, sutures, staples, skin glue, or illness, has broken or fractured bones or injuries, or undergoes any procedure or treatment that requires the use of anesthesia, even if on an outpatient basis, the Nursing Department requires a written medical clearance from your child's doctor **before they may return to school**. The doctor must specify your child's clearance or restrictions to participate in school, gym, and playground activities. If your child receives physical, occupational and /or speech therapies, medical 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**. Thank you for your cooperation in this matter.

Padre O Tutores:

En caso de que hijo requiera hospitalización debido a: Cirugía, suturas, grapas, pegamento de la piel, enfermedad, huesos rotos, fracturados, lesiones o sea sometido a cualquier procedimiento o tratamiento que requiera el uso de anestesia, incluso que se realice de forma ambulatoria, el departamento de Enfermería requiere una autorización médica por escrito del médico de su hijo antes de que pueda regresar a la escuela. El médico debe especificar en la autorización que su hijo puede reanudar los servicios escolares regulares, que puede participar en actividades de gimnasio y el patio de recreo. Si su niño recibe terapia física, ocupacional o del habla, debemos recibir la autorización antes que su hijo puede reanudar estos servicios. Para su conveniencia, el medico puede usar el formulario siguiente y mandarlo por fax al departamento de enfermeria. Gracias por su cooperacion en este asunto.

 Child's Name: _____ DOB: _____ Rm# _____
 Diagnosis: _____
 Reason for Hospitalization/Procedure: _____

___ May return to school 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 NYS License # _____ Date: _____

Type or printed name: _____

Address: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

Physician's Stamp

This form MUST be stamped by a physician.