



School Logo and address

Fecha

ASUNTO: Carta de Información sobre Certificación Médica Crónica.

Parent's Name

Address

Estimado/a _____:

Si su hijo/hija tiene una condición médica crónica (repetitiva), nuestra escuela lleva a cabo arreglos especiales para la tarea del trabajo escolar. Se otorgará crédito por el trabajo escolar terminado.

Los estudiantes que padecen una condición de salud crónica y que no pueden asistir a clases regulares por períodos intermitentes de uno o más días debido a enfermedad, complicaciones de embarazo, o accidente, pero que no están confinados a casa.

Pida a su doctor que complete el certificado médico adjunto si el/ella cree que la condición de su hijo/a es “crónica” y se esperan frecuentes ausencias durante el ciclo escolar. Si las ausencias pudieran exceder 60 días escolares, su hija/o pudiera calificar para servicios de Educación Especial para los Confinados a Casa.

Por favor regrese la forma completa del Certificado Médico Crónico a _____ Enfermera Escolar Recibida/Empleado de Salud. Si tiene preguntas llámeme al _____.

Si (Name) _____ califica como “estudiantes con condiciones crónicas de salud,” la escuela se asegurará que el/ella reciba trabajo escolar y esté en contacto con un maestro durante sus ausencias. El maestro/a llegará a un acuerdo con usted sobre las asignaciones del trabajo escolar de modo que (Name) _____ reciba crédito por el trabajo terminado.

Atentamente,

Name
Title

Anexo