



CLEAR CREEK

SCHOOL DISTRICT RE-1

Best Educators. Empowered Learners. Visionary District.

Declaración de condición física preescolar

El nombre del estudiante: _____ se le dio un
examen físico dentro de los últimos 12 meses el: * _____

Los registros de vacunación están actualizados (Por favor adjunte registro) _____ Sí _____ No

Próxima visita de atención médica prevista para _____

Condiciones médicas crónicas: (Lista)

Restricciones: (Lista)

Alergias:

_____ Autorizado para actividades apropiadas para
_____ su edad Autorizado para asistir a preescolar.



Doctors are Rx-tra Special

_____ Fecha

**Nombre del médico (Firma)

Nombre del médico (en letra de imprenta)

DIRECCIÓN

Teléfono