



Lista de actividades limitadas del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Lesión / discapacidad / limitaciones (por favor describa en detalle): _____

Alojamientos especiales en la escuela: _____

¿Está este estudiante con muletas? Sí** No ** *Si este estudiante usa muletas o ha marcado "no" a cualquiera de las **actividades a continuación, el niño no podrá asistir de manera independiente y navegar de manera segura en nuestro sitio. Llame al 209-532-6673 de inmediato para configurar otras adaptaciones. Tenga en cuenta que requerimos un aviso de 6 semanas para los candidatos paralelos principales. ***

Marque "sí" o "no" para cada una de las siguientes actividades:

Puede participar?

Actividad:

Sí / puede autolimitarse No

**Participar en actividades de 9 a.m. a 9 p.m.

Sí / puede autolimitarse No

** Viajar en un autobús por más de 2 horas

Sí / puede autolimitarse No

** Caminar en un camino pavimentado

Sí / puede autolimitarse No

** Caminata sobre terreno leve a moderado en caminos de tierra

Sí / puede autolimitarse No

** Caminar, jugar y explorar durante clases de 2 ½ h.

Sí / puede autolimitarse No

Caminar lentamente por la noche por 1 hora.

Sí / puede autolimitarse No

Vadear en un arroyo poco profundo

Sí / puede autolimitarse No

Escalar arriba, debajo y entre rocas

Sí / puede autolimitarse No

Subir escaleras (subir y bajar 165 pies en una caverna, 468 escaleras en total)

Sí / puede autolimitarse No

Lanzar pelotas, frisbees o bolsas de frijoles

Sí / puede autolimitarse No

Correr y bailar

Sí / puede autolimitarse No

Saltar o balancear en una línea floja

Firma del padre/guardián

Fecha

Firma del proveedor de atención médica

Fecha

Nombre impreso del proveedor de atención médica

Número de teléfono

Dirección de la oficina

Envíe por fax este formulario completado a nuestra Oficina de Salud: (209) 532-0019