



# Physical Education Aquatics Swimming Program Acknowledgement Form

(School Name) will conduct an Aquatics Swimming Program this semester (Spring, Fall, Summer (circle one)). A new form must be completed for all students each year or more often as indicated. Therefore, please complete and sign this form regarding your child's participation in the Aquatic Swimming Program. All students must be approved for pool activity by the parent/guardian and/or health care provider. Provide completed form to the school nurse.

### COMPLETE THE FOLLOWING

Student's Name		Student's Date of Birth	
Student's School Name			
Parent/Guardian Name		Parent/Guardian Telephone	
Student's Health Care Provider Name			

- My child can participate in the Physical Education Swimming Program without any accommodations.
- My child may need accommodation(s) to participate in the Physical Education Swimming Program:
  - Please see my child's IEP.
  - Please see my child's Section 504 Plan.
  - Other health reason(s) (e.g., allergies, medications, devices):

---

**NOTE:** Other Health Reasons may require additional documentation from the child's Licensed Health Care Provider  
(see **Licensed Health Care Provider Physical Education Swimming Program Medical Clearance Form**)

### Parent/Guardian Authorization

I give permission for \_\_\_\_\_ to participate in the Physical Education Aquatics Program. By signing below, I agree to allow the school to contact my child's health care provider and to access the medical information from my child's licensed health care provider to consult regarding accommodations for my student to participate in the physical education swimming program.

Printed Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

# Licensed Healthcare Provider Physical Education Aquatic Program Medical Clearance Form

To be completed by the student's licensed health care provider.

Student's Name		Date of Birth	
----------------	--	---------------	--

Dear Licensed Healthcare Provider:

The parent/guardian of \_\_\_\_\_ (student) requested consideration of accommodations for the student to participate in the school's Physical Education Swimming Program. As a California licensed health care provider (MD/DO/NP/PA) caring for the student, we are seeking your recommendations before the student begins the swimming program. Please complete the bottom portion of this page and return to the school.

**Licensed health care provider must complete the following portion.**

- The student may participate in the school Physical Education aquatics program without any restrictions.
- The following additional precautions are necessary to maintain the health and safety of this student in a school Physical Education swimming program (please list):

---

---

---

---

- I do not recommend that this student participate in a school Physical Education swimming program at this time.

Health Care Provider

Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Please return completed form to the School Nurse



## Programa Acuático de Natación de Educación Física Formulario de Autorización

(School Name) llevará a cabo un Programa Acuático de Natación este semestre (primavera, otoño seleccione uno con un círculo). Cada año o más frecuentemente, cómo se indica, todos los estudiantes deben completar un nuevo formulario. Por lo tanto, por favor complete y firme este formulario relacionado con la participación de su hijo(a) en el Programa de Natación. El padre, madre, tutor y/o el proveedor de atención médica debe(n) aprobar la participación de los estudiantes en las actividades acuáticas. Entregue a la enfermera el formulario completó.

### PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Nombre del estudiante		Fecha de nacimiento del estudiante	
Nombre de la escuela del estudiante			
Nombre del padre, madre o tutor		Teléfono del padre, madre o tutor	
Nombre del proveedor de atención médica del estudiante			

- Mi hijo(a) puede participar en el Programa de Natación de Educación Física sin necesidad de adaptaciones.
- Mi hijo(a) podría necesitar adaptación(es) para participar en el Programa de Natación de Educación Física:
- Por favor consulte el IEP de mi hijo(a).
  - Por favor consulte el plan de Sección 504 de mi hijo(a).
  - Otras razones de salud (v.gr., alergias, medicamentos, dispositivos):

---

**NOTA:** Otras razones de salud podrían requerir de documentación adicional del Proveedor Acreditado de Atención Médica de su hijo(a).

(consulte el **Formulario de Autorización del Proveedor Acreditado de Atención Médica para Participar en el Programa de Natación de Educación Física**)

### Autorización del Padre, Madre o Tutor

Otorgo mi permiso para que \_\_\_\_\_ participe en el Programa Acuático de Educación Física. Mi firma en líneas posteriores indica que estoy de acuerdo que el personal escolar se comunique con el proveedor de atención médica de mi hijo(a) y que disponga de acceso a la información de salud que dicho profesional posee con el fin de consultar posibles adaptaciones para mi hijo(a) durante su participación en el Programa de Natación de Educación Física.

Nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Formulario de Autorización del Proveedor Acreditado de Atención Médica para Participar en el Programa de Natación de Educación Física

El Proveedor Acreditado de Atención Médica del estudiante debe llenar este formulario

Nombre del estudiante		Fecha de nacimiento	
-----------------------	--	---------------------	--

Estimado Proveedor Acreditado de Atención Médica:

El padre, madre o tutor de \_\_\_\_\_ (estudiante) solicitó que se consideren adaptaciones para que el educando participe en el Programa de Natación de Educación Física de la escuela. En su calidad de Proveedor Acreditado de Atención Médica (MD/DO/NP/PA) en California, a cargo de la atención de dicho estudiante, le pedimos sus recomendaciones antes de que el estudiante comience en el programa de natación. Por favor completa la parte posterior de este documento y entréguelo en la escuela.

### El Proveedor Acreditado de Atención Médica debe completar la siguiente sección

- El estudiante puede participar en el Programa Acuático de Educación Física sin ningún tipo de restricción.
- Las medidas precautorias que aparecen a continuación son necesarias para mantener la salud y seguridad de este estudiante en el Programa Acuático de Educación Física (por favor liste las medidas):

---

---

---

---

- Por el momento, no recomiendo la participación de este estudiante en el Programa de Natación de Educación Física.

Nombre del Proveedor de Atención Médica \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor entregue a la enferma el formulario con toda la información