



## Formulario de Autorización del Médico

Pídale al médico de su hijo que complete y firme este formulario. Devuélvalo a Whole Children enviándolo por correo electrónico a [Jane.Pronovost@pathlightgroup.org](mailto:Jane.Pronovost@pathlightgroup.org) o enviándolo por correo a 41 Russell St., Hadley, MA 01035.

Nombre del Estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Diagnosis:

El individuo mencionado anteriormente es un paciente mío y / o después de un examen minucioso y completo, recomiendo lo siguiente con respecto a la participación en clases recreativas en Whole Children / Milestones Recreation, que incluyen artes marciales, danza, gimnasia, yoga y otros movimientos, incluido el salto, rodando, colgando, balanceándose y girando boca abajo.

- Participación plena y sin restricciones.
- Participación con las siguientes restricciones y / o precauciones:
- Sin participación debido a:

Nombre del Médico:

Nombre de la práctica médica:

Dirección:

Dirección de la oficina:

Número de teléfono:

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