

**Northside Independent School District
Physical Fitness Assessment Exemption Form**

Dear Physician:

According to state law, all students in grades 3-12 are required to take a fitness assessment called the Fitnessgram one time per year. The Fitnessgram assessment measures cardio-vascular fitness, muscular strength and flexibility. The assessment is a measure of good health as opposed to athletic ability. The assessment includes the following test components:

- Curl Up
- 90° Push-up
- One-Mile Walk
- Trunk Lift
- Shoulder Stretch
- Height and Weight

A school district is not required to assess a student who, as a result of disability or other identified medical condition, is not physically able, or is at risk to take the tests prescribed by the Fitnessgram. If you determine that your patient should not be assessed, please describe the condition(s) below:

Name of Student _____ School _____

Student ID Number _____

FINDINGS AND RECOMMENDATIONS

I have examined _____ and find the following physiological condition(s):

Condition is: permanent temporary

Please list any other medical contraindications to physical assessment as described above:

Recommendation valid until _____, 20 ____

Signature of Physician _____ Date _____

Address _____ Phone _____

Distrito Escolar Independiente de Northside
Formulario de exención de la evaluación de condición física

Estimado doctor:

De acuerdo con la ley del estado, a los estudiantes de 3° a 12° grado se les requiere tomar una evaluación anual de su salud física llamada Fitnessgram. La evaluación de condición física *FITNESSGRAM* mide la condición cardiovascular, la fuerza muscular y la flexibilidad. La evaluación es una medición de buena salud a diferencia de la habilidad atlética. Esta evaluación incluye los siguientes componentes para la prueba:

- Abdominales
- Flexiones de brazos de 90°
- Caminata de una milla
- Ejercicios para el tronco
- Estiramiento de los hombros
- Estatura y peso

Un distrito escolar no tiene requerido evaluar a un estudiante quien, como resultado de una discapacidad u otra condición médica identificada, no puede físicamente o es un riesgo para él/ella tomar la prueba recomendada por *FITNESSGRAM*. Si usted determina que su paciente no debe ser evaluado, por favor, describa abajo su(s) condición(es):

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

Número de identificación del estudiante _____

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

He examinado a _____ y encontré la(s) siguiente(s) condición(es) fisiológica(s):

La condición es: permanente temporal

Por favor, haga una lista de cualquier otra contraindicación médica para la evaluación física como se describe arriba:

Recomendación válida hasta el _____, 20 _____

Firma del doctor _____ Fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____