

## د Prince William کاونٹی عامه ښوونځي

## د مخ ماسک طبي استئنا غوښتنه

2021-22

د موروپلار/سرپرست لخوا به تکميل کيږي.	
د زده کونکي نوم:	تولگی:
د ښوونځي نوم:	د زده کونکي د زيږيدني نېټه:
موروپلار/سرپرست نوم:	د سپارني نېټه:
ايا زده کونکی IEP يا 504 پلان لري؟ _____ هو _____ نه	
زما په لاندې لاسلیک سره، زه موافق یم چې ما لاندې څه لوستلې او ورباندې پوهیږم:	
<p>1. که زما زده کونکی د روغتیا حالت یا معلولیت له امله په ښوونځي کې د ماسک اغوستلو له شرط څخه مستثنا وپېژندل شو، زما زده کونکی ممکن اړتیا ولري تر څو په ښوونځي کې د خطر کمولو نورې ستراتیژيې وکاروي.</p> <p>2. زما ډاکټر کولی شي د روغتیا حالت یا معلولیت له امله د ماسک استئنا لپاره زما د زده کونکي اړتیا تصدیق کړي مگر دا صلاحیت نلري چې په PWCS لازمي کړي تر څو مشخص تسهیلات یا د خطر کموني ستراتیژي چمتو کړي.</p> <p>3. زما زده کونکی باید له ښوونځي څخه کور کې پاتې شي، یا به له ښوونځي څخه کور ته واستول شي، که چېرې زما په زده کونکي کې د COVID-19 سره تړلي کومي علامې راڅرګندې شي یا بل ډول ناروغي ولري.</p> <p>4. هغه ماسک نه کارونکي زده کونکي به چې مستقماً له COVID-19 مخ شي د Prince William روغتیا ریاست له لارښوونو سره سم د قرنطین لپاره کور ته واستول شي.</p> <p>5. د مخ پټوونکي نه اغوستل زما زده کونکي د نورو خطر کمولو ستراتیژيو کارولو سره سره د COVID-19 سره د مخ کېدو په لور خطر کې اچوي.</p>	
د موروپلار/سرپرست لاسلیک:	نېټه:
د موروپلار/سرپرست تېلېفون شمېره:	د موروپلار/سرپرست برېښنالیک:
TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN (M.D., D.O or a N.P.)	
1. Does the student have a health condition or disability that prohibits wearing a mask at school? Yes _____ No _____	
2. Please identify the health condition or disability and explain how it prohibits mask wearing: _____	
3. Does the student's health condition or disability allow the student to wear a mask with transparent window? Yes _____ No _____	
4. Does the student's health condition or disability allow the student to wear a mask if allowed periodic breaks from usage? Yes _____ No _____	
5. If so, describe the frequency and duration of recommended breaks. _____	
6. Does the student's health condition or disability prohibit any of the following non-mask mitigation strategies? face shield _____ plexiglass divider _____ enhanced physical distancing _____ periodic COVID-19 screening testing _____	
7. If so, explain why. _____	
8. Is the student fully vaccinated against the novel coronavirus (COVID-19)? Yes _____ No _____	
Health Care Provider Name (Print): _____	
Health Care Provider Phone Number: _____	
Has the parent signed a release for you to consult with a PWCS School Nurse? Yes _____ No _____	
Health Care Provider Signature: _____	Date: _____

مهرباني وکړئ دا فورمه خپل د ښوونځي نرس ته بیرته ورکړئ.