

مدارس دولتی پرینس ویلیام کانتی
درخواست معافیت پزشکی برای پوشیدن ماسک
2021-22

پایه:		نام دانش آموز	
تاریخ تولد:		نام مدرسه:	
تاریخ درخواست:		نام ولی/سرپرست:	
آیا دانش آموز در برنامه IEP یا 504 شرکت دارد؟ بله _____ خیر _____			
با امضاء زیر ، موافقت می کنم که موارد زیر را مطالعه و درک کرده ام:			
<p>1. اگر دانش آموز من به دلیل شرایط سلامتی یا معلولیت از الزامات استفاده از ماسک در مدرسه معاف شود ، ممکن است از دانش آموزم خواسته شود تا در مدرسه از سایر راهکارهای کاهش استفاده کند.</p> <p>2. پزشک من می تواند نیاز دانش آموز مرا به معافیت ماسک به دلیل وضعیت سلامتی یا ناتوانی تأیید کند ، اما این اختیار را ندارد که از PWCS بخواهد یک راهکار مناسب به عنوان امکانات کمکی یا استراتژی کاهش شیوع ارائه دهد.</p> <p>3. اگر دانش آموز من علائم مربوط به کوید 19 را نشان دهد یا ناخوش باشد ، دانش آموز من باید در خانه بماند یا از مدرسه به خانه فرستاده شود.</p> <p>4. طبق قوانین بهداشت منطقه پرینس ویلیام ، دانش آموزان بدون ماسک که مستقیماً در معرض کوید 19 قرار گرفته اند ، برای قرنطینه به خانه فرستاده می شوند .</p> <p>5. عدم استفاده از ماسک صورت ، دانش آموز را در معرض خطر بیشتر کوید 19 قرار می دهد ، علیرغم استفاده از سایر استراتژی های کاهش شیوع.</p>			
تاریخ:		امضاء ولی/سرپرست	
ایمیل ولی/سرپرست		شماره تلفن ولی/سرپرست:	
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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
4. Does the student's health condition or disability allow the student to wear a mask if allowed periodic breaks from usage? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> face shield <input type="checkbox"/> plexiglass divider <input type="checkbox"/> enhanced physical distancing <input type="checkbox"/> periodic COVID-19 screening testing			
7. If so, explain why. _____			
8. Is the student fully vaccinated against the novel coronavirus (COVID-19)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Health Care Provider Signature: _____			Date: _____

لطفاً این فرم را به پرستار مدرسه تحویل دهید.