

Prince William 카운티 공립학교
얼굴 마스크 의학적 면제 요청
2021-22

학부모/보호자가 작성하기 바랍니다.	
학생 이름:	학년:
학교 이름:	학생 생년월일:
학부모/보호자 이름:	제출 날짜:
학생은 IEP 또는 504 계획을 가지고 있습니까? ___예 ___아니오	
아래 서명함으로써 본인은 다음을 읽고 이해하였음을 동의합니다:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 학생이 건강 상태 또는 장애로 인해 학교에서의 마스크 착용 요건에서 면제되는 경우, 학교에 있는 동안 다른 완화 전략을 사용하는 것이 필요할 수 있습니다. 2. 담당 의사는 건강 상태 또는 장애로 인해 마스크 면제가 필요한 학생의 요구를 증명할 수 있으나 PWCS 가 특정 편의 조치 또는 완화 전략을 제공하도록 요구할 권한은 없습니다. 3. 학생이 COVID-19 와 관련된 증상을 보이거나 기타 건강이 좋지 않은 경우, 집에 머물거나 학교에서 집으로 보내질 것입니다. 4. COVID-19 에 직접 노출된 마스크를 착용하지 않은 학생은 Prince William 보건 지구 지침에 따라 격리를 위해 집으로 보내질 것입니다. 5. 다른 완화 전략을 사용함에도 불구하고 안면 가리개를 착용하지 않으면 학생은 COVID-19 에 노출될 위험이 더 높아집니다. 	
학부모/보호자 서명:	날짜:
학부모/보호자 전화번호:	학부모/보호자 이메일:
TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN (M.D., D.O or a N.P.)	
<ol style="list-style-type: none"> 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:

이 양식을 학교 간호사에게 제출하기 바랍니다.