

Mbajtja e maskës nga studentët – Kërkesë Akomodimi

Rrethi Shkollor i Filadelfias e pranon se disa studentë mund të kenë aftësi të kufizuara, probleme shëndetësore ose probleme të shëndetit mendor që nuk e lejojnë studentin të mbajë maskë në mënyrë të sigurt ose të efektshme. Për t'u pranuar si rast që bën përjashtim nga kërkesat për mbajtjen e maskës, duhet të plotësohet komplet ky formular dhe të dërgohet me email ose t'i jepet skuadrës së akomodimit IEP/504 dhe/ose infermierisë së shkollës. **Studentët që kanë tashmë dokumentacion në dosje për një problem shëndetësor, problem të shëndetit mendor ose aftësi të kufizuar që kërkon akomodim, nuk kanë nevojë të plotësojnë pjesën 2.**

Emri i studentit:	Klasa e studentit:
-------------------	--------------------

Pjesa 1: Për t'u plotësuar nga prindi/kujdestari:

- Kërkoj që fëmija im, _____, të përjashtohet nga kërkesat për mbajtjen e maskës ndërsa ndodhet në shkollë për arsye të problemeve shëndetësore të pranuar, të cilat janë raportuar nga profesionistët e mjekësisë më poshtë. Kuptoj dhe jam dakord me të mëposhtmet:
- Konfirmoj se mbajtja e maskës do të shkaktonte një problem shëndetësor ose do të përkeqësonte një problem shëndetësor ekzistues, si për shembull një sëmundje, problem të shëndetit mendor ose aftësi të kufizuar.
- Konfirmoj se fëmija im dhe unë e kuptojmë që kjo mund të rritë rrezikun e ekspozimit ndaj COVID-19.
- Konfirmoj se shkolla mund të ndërmarrë masa parandaluese për siguri, si për shembull ta nxitë fëmijën që të mbajë një mbrojtëse fytyre, të ndjekë mësimin virtualisht ose të bëjë testin për COVID në shtëpi.
- Konfirmoj se nga unë pritet që t'u përmbahen të gjitha strategjive të tjera për reduktimin e COVID-19, ku përfshihet mbajtja e fëmijës në shtëpi në rast se ka shenja sëmundjeje.

Nënshkrimi i prindit/kujdestarit

Data

Pjesa 2: Për t'u plotësuar nga profesionisti në fushën e mjekësisë (MD, DO, PA, or NP):

Vërtetoj se ky student ka një problem shëndetësor, problem të shëndetit mendor ose aftësi të kufizuar që kufizon në masë të konsiderueshme një aktivitet të rëndësishëm të jetës, siç tregohet më poshtë, DHE se përdorimi i një maske mund t'i shkaktonte dëm studentit.

Lloji i dëmtimit (shëno):	Rendit dëmtimet:
Fizike <input type="checkbox"/> Mjekësore <input type="checkbox"/> Mendore <input type="checkbox"/>	
Rendit kundërrindikacionet e mbajtjes së maskës dhe shëno opsionin më poshtë:	
<input type="checkbox"/> Studenti mund të mbajë maskës për aq sa mund ta tolerojë / pushime të shpeshta	<input type="checkbox"/> Studenti nuk mund të mbajë maskë
Emri i profesionistit të mjekësisë (me shtyp):	Nr. i licencës mjekësore:
	Nr. i telefonit:

Nënshkrimi i MD, DO, PA ose NP

Data