

أغطية الكمامة للطلاب – طلب للتكيفات

تدرك المنطقة التعليمية في فيلادلفيا أن بعض الطلاب قد يعانون من إعاقات أو حالات طبية أو حالات صحية عقلية تمنع الطالب من ارتداء الكمامة (القناع) بشكل آمن أو فعال. للحصول على إعفاء من متطلبات الكمامة المعمول بها، يجب إكمال هذا النموذج بالكامل وإرساله بالبريد الإلكتروني أو تسليمه إلى فريق التكيفات IEP/504 و/أو ممرضة المدرسة. لا يحتاج الطلاب الذين لديهم وثائق مسبقاً في الملف لحالة طبية أو حالة صحة عقلية أو إعاقة والتي تتطلب تكيفات إلى إكمال الجزء 2.

اسم الطالب:	صف الطالب:
-------------	------------

الجزء 1: يجب إكماله من قبل ولي الأمر / الوصي

- أطلب إعفاء طفلي، _____، من متطلبات الكمامة أثناء الدراسة على أساس الحالة (الحالات) الطبية المؤهلة التي أبلغ عنها الاختصاصي الطبي أدناه. أفهم ما يلي وأوافق عليه:
- أؤكد أن ارتداء الكمامة قد يؤدي إما إلى حالة طبية أو إلى تفاقم حالة طبية قائمة، بما في ذلك حالة طبية أو حالة صحية عقلية أو إعاقة.
- أؤكد أن طفلي وأنا ندرك أنه قد تكون هناك زيادة في خطر التعرض للإصابة بمرض كوفيد-19.
- أؤكد أن المدرسة قد تتخذ احتياطات سلامة إضافية مثل تشجيع طفلي على استخدام درع الوجه، أو التعلم الافتراضي عبر الإنترنت، أو توفير اختبارات مرض كوفيد في المنزل.
- أؤكد أنه من المتوقع أن التزم بكل استراتيجيات تخفيف مرض كوفيد-19 الأخرى، بما في ذلك إبقاء طفلي في المنزل لأي علامة مرض.

توقيع ولي الأمر/الوصي التاريخ

الجزء 2: لإكماله من قبل أخصائي طبي (MD أو Do أو PA أو NP):

أشهد بأن هذا الطالب يعاني من حالة طبية أو حالة صحية عقلية أو إعاقة تحد بشكل كبير من نشاط الحياة الرئيسي كما هو موضح أدناه وأن استخدام الكمامة قد يسبب ضرراً للطالب. / I certify that this student has a medical condition, mental health condition or disability that substantially limits a major life activity as described below AND that use of a mask may cause harm to the student.

نوع الإعاقة (الفحص): (Impairment type) (check /):	قائمة حالات الضعف: (List Impairments):
جسدية / طبية / Mental / عقلية / Medical	
سرد موانع استخدام الكمامة والتحقق من الخيار أدناه: (List Contraindications of mask wearing & check option below):	
قد يرتدي الطالب الكمامة على أن يكون هناك فترات راحة مسموح بها / متكررة / Student may wear mask as tolerated / frequent breaks /	لا يجوز للطالب ارتداء كمامة / Student may not wear a mask /
اسم المتخصص الطبي (طباعة): (Medical Professional Name (print /):	رقم الترخيص الطبي: # Medical License /
# Phone	الهاتف /

توقيع المتخصص الطبي MD أو Do أو PA أو NP التاريخ