

## 学生口罩 – 变通措施的申请

费城教育局意识到，一些学生可能因有残疾、医疗状况或心理健康状况，从而妨碍他们安全或有效的佩戴口罩。要求获得适用口罩豁免，您必须完整填写此表格，并通过电子邮件或送到 IEP/504 辅助团队和/或校医处。**因医疗状况、心理健康状况或残疾的有事先存档的学生不需要完成第 2 部分。**

学生姓名:	学生年级:
-------	-------

### 第 1 部分：由家长/监护人填写：

- 我的孩子，\_\_\_\_\_，根据以下专业医疗人员提供的合规格的医学状况检查报告，我要求我的孩子在学校时免于佩戴口罩。我明白并同意以下内容：
- 我确认戴口罩会导致疾病或加剧现有疾病，包括医疗状况、心理健康状况或残疾。
- 我确认我和我的孩子都明白接触 COVID-19 的风险可能会增加。
- 我确认学校可能会采取额外的安全预防措施，例如鼓励我的孩子使用面罩、虚拟学习或提供在家 COVID 检测。
- 我确认我将遵守所有其他 COVID-19 预防策略，包括让我的孩子留在家中以防出现任何疾病迹象。

\_\_\_\_\_  
家长/监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期

### Part 2: For completion by Medical Professional (MD, DO, PA, or NP):

### 第 2 部分：由专业医疗人员（医生 MD、骨科医生 DO、助理医师 PA 或 执业护士 NP）完成：

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. 我证明该学生的身体状况、心理健康状况或残疾严重限制了如下所述的主要生活活动，并且使用口罩可能会对学生造成伤害。

Impairment type 病损类型 (check): 病损类型 (检查): <input type="checkbox"/> Physical /生理 <input type="checkbox"/> Medical / 药理 <input type="checkbox"/> Mental / 心理	List Impairment: 病损列表:	
List Contraindications of mask wearing & check option below 在下面列出戴口罩的禁忌症和检查选项:		
<input type="checkbox"/> Student may wear mask as tolerated / frequent break 学生可以忍受戴口罩/需要经常休息	<input type="checkbox"/> Student may not wear a mask 学生不得戴口罩	
Medical Professional Name (print): 医师姓名 (拼写):	Medical License # 医疗执照 #:	Phone # 电话: 电话#:

\_\_\_\_\_  
Signature of MD, DO, PA, or NP 医生, 骨科医生, 理医师或执业护士签名

\_\_\_\_\_  
Date 日期