

Port de masque pour les élèves - Demande d'adaptation

Le district scolaire de Philadelphie est conscient que certains élèves peuvent souffrir d'un handicap, d'un état médical ou de troubles mentaux qui les empêchent de porter un masque de manière sûre ou effective. Pour bénéficier d'une exemption des exigences applicables au port du masque, ce formulaire doit être entièrement complété et envoyé par e-mail ou déposé à l'équipe chargée des aménagements IEP/504 et/ou à l'infirmière scolaire. **Les élèves dont le dossier contient une documentation précédente sur un état médical, un état de santé mentale ou un handicap nécessitant des aménagements n'ont pas besoin de compléter la partie 2.**

Nom de l'élève:	Niveau de l'élève:
-----------------	--------------------

Partie 1 : À compléter par le parent/tuteur

- Je demande que mon enfant, _____, soit exempté des exigences liées aux masques lorsqu'il est à l'école à cause de la ou des conditions médicales admissibles déclarées par le professionnel de la santé ci-dessous. Je comprends et accepte ce qui suit :
- Je confirme que le port d'un masque causerait une condition médicale ou exacerberait une condition existante, y compris une condition médicale, une condition de santé mentale ou un handicap.
- Je confirme que mon enfant et moi-même comprenons qu'il peut y avoir un risque élevé d'exposition au COVID-19.
- Je confirme que l'école peut prendre des mesures de sécurité supplémentaires, comme encourager l'utilisation par mon enfant d'un écran facial, l'apprentissage en ligne ou fournir un test COVID à domicile.
- Je confirme que l'on attend de moi que je me conforme à toutes les autres stratégies de réduction du COVID-19, y compris le fait de garder mon enfant à la maison pour tout signe de maladie.

Signature du parent/tuteur

Date

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

Partie 2 : à compléter par le professionnel de santé (MD, DO, PA ou NP) :

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.

Je certifie que cet élève souffre d'un problème médical, d'un problème de santé mentale ou d'un handicap qui limite substantiellement une activité importante de la vie, telle que décrite ci-dessous, ET que l'utilisation d'un masque peut lui causer du mal.

Type de de handicap (cocher) : Impairment type (check):	Énumérer les déficiences : List Impairments:	
<input type="checkbox"/> Physical <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Mental		
List Contraindications of mask wearing & check option below: Énumérez les contre-indications au port du masque et cochez l'option ci-dessous :		
<input type="checkbox"/> Student may wear mask as tolerated / frequent breaks <input type="checkbox"/> L'élève peut porter le masque selon sa tolérance / pauses fréquentes	<input type="checkbox"/> Student may not wear a mask <input type="checkbox"/> L'élève ne peut pas porter de masque.	
Medical Professional Name (print): Nom du professionnel de santé (en caractères d'imprimerie) :	Medical License #: N° de licence médicale :	Phone #: N° de téléphone :

Signature of MD, DO, PA, or NP

Date

Signature du MD, DO, PA, ou NP

Date