

Uso de máscara para alunos – Solicitação de Acomodação

O Distrito Escolar da Filadélfia reconhece que alguns alunos possam ter deficiências, condições médicas e mentais, que os impeçam de usar máscara de forma segura e eficaz. Para obter isenção das regras aplicáveis do uso de máscara, este formulário deve ser preenchido por completo e enviado por e-mail ou entregue diretamente à equipe de IEP/504 ou enfermeira escolar. **Se a escola já possui documentação comprovando a deficiência, condição médica ou mental, que exige acomodação, a Parte 2 não precisa ser preenchida.**

Nome do aluno:	Série do aluno:
----------------	-----------------

Parte 1: A ser preenchida pelos pais/responsáveis:

- Solicito que meu filho(a), _____, fique isento do uso de máscara na escola com base na condição médica relatada pelo profissional de saúde abaixo, pois esta o qualifica para a isenção. Entendo e concordo com o seguinte:
- Confirmo que o uso de máscara causaria uma condição médica ou exacerbaria uma condição já existente, incluindo uma deficiência, condição médica ou mental.
- Confirmo que meu filho e eu entendemos que poderá haver um maior risco de exposição à COVID-19.
- Confirmo que a escola possa tomar precauções de segurança adicionais, como incentivar meu filho(a) a usar uma viseira facial, fazer aulas virtuais ou oferecer testes de COVID para fazer em casa.
- Confirmo que eu devo seguir todas as outras estratégias de mitigação da COVID-19, incluindo manter meu filho em casa quando este apresentar quaisquer sintomas.

Assinatura do pai/mãe/responsável

Data (mês/dia/ano)

Parte 2: A ser preenchida por um profissional de saúde (MD, DO, PA ou NP)

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

Eu certifico que este aluno possui uma deficiência, condição médica ou mental, a qual limita consideravelmente uma atividade básica, conforme descrito abaixo, e que o uso de máscara pode prejudicar o aluno.

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.

Tipo de deficiência (marque): <i>Impairment type (check):</i> Física / <i>Physical</i> Médica / <i>Medical</i> Mental / <i>Mental</i>		Liste as deficiências: <i>List Impairments:</i>	
Liste as contraindicações do uso de máscara e marque uma opção abaixo: <i>List Contraindications of mask wearing & check option below:</i>			
<input type="checkbox"/> O aluno pode usar máscara conforme possível/pausas frequentes <i>Student may wear mask as tolerated / frequent breaks</i>		<input type="checkbox"/> O aluno não pode usar máscara <i>Student may not wear a mask</i>	
Nome do profissional de saúde (por extenso): <i>Medical Professional Name (print):</i>		N° Licença médica: <i>Medical License #:</i>	Telefone: <i>Phone #:</i>

Assinatura do MD, DO, PA, ou NP / *Signature of MD, DO, PA, or NP*

Data / *Date*