

Ношение масок учащимися - запрос на аккомодацию

Школьный Округ Филадельфии признает, что некоторые учащиеся могут иметь ограниченные возможности, медицинские или психические состояния, которые мешают учащимся безопасно или эффективно носить маску. Чтобы получить освобождение от действующих требований к ношению масок, эта форма должна быть заполнена полностью и отправлена по электронной почте или сдана группе аккомодации IEP/504 и/или школьной медсестре. **Учащимся, в файле которых есть документация о состоянии здоровья, психическом расстройстве или инвалидности, требующих аккомодации, не нужно заполнять часть 2.**

Имя и фамилия учащегося:	Класс:
--------------------------	--------

Часть 1: Для заполнения родителем/опекуном:

- Я прошу, чтобы мой ребенок, _____, был освобожден от требований к ношению масок во время учебы в школе на основании состояния здоровья, о котором сообщил медицинский работник ниже. Я понимаю и соглашаюсь со следующим:
- Я подтверждаю, что ношение маски может либо вызвать, либо усугубить существующее заболевание, включая болезнь, психическое расстройство или инвалидность.
- Мы с ребенком понимаем, что может быть повышенный риск заражения COVID-19.
- Школа может принять дополнительные меры предосторожности, такие как поощрение использования моим ребенком защитного щитка, виртуальное обучение или предоставление домашнего тестирования на COVID.
- Я подтверждаю, что знаю, что от меня ожидают соблюдения всех других стратегий предотвращения распространения COVID-19, включая оставление моего ребенка дома при любых признаках болезни.

Подпись родителя/опекуна

Дата

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

Для заполнения Медицинским работником (MD, DO, PA или 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. *(Я подтверждаю, что у этого студента есть заболевание, психическое расстройство или инвалидность, которые существенно ограничивают основную жизнедеятельность, как описано ниже, И что использование маски может причинить вред студенту).*

Impairment type (check) / Тип нарушения (отметить):		List Impairments / Перечислите Нарушения:
<input type="checkbox"/> Physical / Физические <input type="checkbox"/> Medical / Медицинские <input type="checkbox"/> Mental / Ментальные		
List Contraindications of mask wearing & check option below / Перечислите ниже противопоказания к ношению маски и отметьте вариант:		
<input type="checkbox"/> Student may wear mask as tolerated / frequent breaks <i>Студент может носить маску по мере необходимости с частыми перерывами</i>		
<input type="checkbox"/> Student may not wear a mask <i>Студент не может носить маску</i>		
Medical Professional Name (print): <i>Имя медицинского работника (печатными буквами)</i>	Medical License #: <i>Лицензия №</i>	Phone #: <i>№ телефона</i>

Signature of MD, DO, PA, or NP / Подпись MD, DO, PA или NP

Дата