

Solicitud de acomodación relacionado con el use obligatorio de una cubierta facial

Nombre del padre/guardián: _____

Nombre del estudiante: _____

Razón de la solicitud: _____

Discapacidad o condición medica del estudiante:

Sí el estudiante tiene: Plan de salud con el distrito IEP Plan de sección 504 Ninguno

Documentación medica del proveedor medico: (Proveedor medico por favor completar):

¿Cuál es la condición médica que impide que el estudiante use una cubierta para la cara?

¿Puede el estudiante usar una cubierta para la cara en algún momento durante el día escolar?

¿Si se puede, abajo cuales condiciones puede usar una cubierta facial?

¿Abajo cuales condiciones el estudiante no puede usar una cubierta facial?

¿Qué acomodación(es) o adaptación(es) necesita el estudiante en relación con la política de la cubierta facial del distrito y el mandato estatal del Gobernador Evers? ¿Durante cuánto tiempo serian necesario tales acomodaciones o adaptaciones?

¿Hay alguna otra información que necesita saber el distrito escolar para poder proveer servicios educativos de manera segura para el estudiante?

Yo _____ (padre/guardián) doy permiso y consentimiento a la enfermera de la escuela para que se comunique con mi proveedor medica con respeto a la solicitud de que mi hijo/a _____ no tiene que usar una cubierta facial en la escuela o recibe una acomodación relacionada con el requisito de cubrirse la cara. Este consentimiento es efectivo para el año escolar 2020-2021.

Firma del padre/guardián

Fecha

Firma del proveedor medico

Fecha

La enfermera de la escuela revisará el formulario y se comunicará con usted con respecto a información adicional requerida. Servicios estudiantiles se comunicará con usted con respeto a reuniones adicionales, IEP o el Plan de Sección 504 necesarios para la consideración de esta solicitud.