COVID-19 Mascarilla /Cubierta de tela para la cara formulario de solicitud de exención

Como resultado de la pandemia de COVID-19, se requiere el uso de máscaras o cubiertas faciales de tela en todas las escuelas del estado de Washington. Las familias de los estudiantes pueden solicitar una exención a este requisito de su profesional de la salud debido a un diagnóstico calificado. Todas las solicitudes de exención serán revisadas y aprobadas o denegadas por el Distrito Escolar de Richland de acuerdo con los requisitos estatales de COVID-19

NOTA: SI LA ADAPTACIÓN SOLICITADA ES una alternativa aceptable (EQUIVALENTE DE ESCUDO FACIAL CONCORTINAS) O EDUCACIÓN A DISTANCIA ESTA SOLICITUD DE EXENCIÓN NO ES NECESARIA Y NO SERÁ REVISADA.

Información de contacto del estudiante y la escuela (debe ser completado por el padre o guardián del estudiante)

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de padre_____ # de padre_____

¿Este estudiante tiene un Plan de Educación Individualizado o un Plan de la Sección 504? Sí / No

Escuela: _____ Fax escolar # (509)_____ Teléfono escolar **# (509) 967 - _____**

Información de diagnóstico del estudiante (debe ser completado por el profesional de la salud **del estudiante)**

Declaro que el uso de mascarilla o una cubierta facial de tela no es aconsejable para este solicitante. He discutido los beneficios y riesgos de las máscaras faciales / cubiertas faciales de tela con el solicitante (o padre / guardián) como condición para solicitar esta exención. He identificado un método alternativo de retención de gotitas.

1. Diagnóstico (requerido): _____

Detalles adicionales: _____

_____

2. Método alternativo de retención de gotitas (obligatorio): ____

Declaración de médico (que deberá ser completado por el profesional de la salud del estudiante)

Certifico que soy un MD calificado, ND, DO, ARNP, PA o un profesional de la salud del comportamiento con licencia en el estado de Washington y la información en este formulario es completa y precisa.

Nombre del profesional de atención médica con licencia (imprime su nombre): _____

Profesional de atención médica con licencia (firma): _____

Fecha: _____ # de licencia del estado de Washington _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

****

Revisión de la escuela**/distrito (a ser completada por el funcionario de la escuela o del distrito)**

He revisado la solicitud y la alternativa sugerida.

☐Aprobar renuncia ☐Denegar renuncia

La autorización es válida de _____ a _____

Detalles adicionales: ____

_____

Enfermera escolar u oficial (impresión)

_____

Enfermera escolar u oficial (Firma y fecha)