



# NORTHERN LEBANON SCHOOL DISTRICT

Fredericksburg, PA 17026 • Ph. (717) 865-2117 • Fax (717) 865-0606

## Máscara facial para estudiantes - Formulario para solicitud de exención

Si su hijo tiene una documentada condición médica o de salud mental una discapacidad que impide el uso de una máscara facial mientras está en el autobús y / o en la escuela, y usted solicita una exención de este requisito, usted debe enviar este formulario al director de la escuela para su revisión y aprobación. Este formulario permanecerá en vigor durante el año escolar 2021-2022.

**Para ser completado por el padre / tutor del niño.**

**Nombre completo del estudiante:** \_\_\_\_\_

**No de identificación del estudiante** \_\_\_\_\_

**Edificio escolar:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **Nº de autobús si corresponde** \_\_\_\_\_

Yo, padre / tutor del estudiante mencionado arriba, solicitó una exención para mi hijo de la Orden del Departamento de Salud y Seguridad de PA que requiere que se cubra la cara universales en la escuela. El motivo de esta solicitud se describe a continuación:

---

---

---

Entiendo que:

1. Al no usar una máscara facial, mi hijo puede tener un mayor riesgo de contraer o propagar COVID-19.
2. Enviar este formulario constituye mi permiso para que el Distrito se comunique con el proveedor de atención médica de mi hijo (MD / DO / PA / CRNP) o el proveedor de salud mental (LPC / LCSW) con respecto a esta condición o discapacidad médica o de salud mental.
3. La solicitud puede desencadenar una obligación de búsqueda de niños y requeriría que el Distrito complete una evaluación de equipo bajo la Sección 504. Si esto se determina, se me proporcionará información sobre el proceso y una copia de mis Derechos de los Padres.
4. Si mi hijo tiene un IEP o un Plan 504, esta solicitud puede requerir que el equipo del IEP o el Equipo de la Sección 504 se reúnan para hacer las revisiones apropiadas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre (en letra de imprenta) Firma del padre

\_\_\_\_\_  
Fecha de



# NORTHERN LEBANON SCHOOL DISTRICT

Fredericksburg, PA 17026 • Ph. (717) 865-2117 • Fax (717) 865-0606

Este formulario debe ser completado por el padre y acompañado con el Formulario de proveedor médico. En lugar del formulario de Proveedor Médico del Distrito, una carta del proveedor médico (MD / DOPA / CRNP) o de salud mental (LPC / LCSW) de su hijo debe incluir 1. Documentación de la salud médica, mental o discapacidad; 2. Medios alternativos específicos recomendados que su hijo puede usar para ayudar a prevenir la contracción y propagación del COVID-19; 3. El nombre, la dirección del consultorio, el número de teléfono, la firma y la fecha del proveedor médico o de salud mental.

## Cubierta de mascarilla para estudiantes -solicitud de exención para Formulario de proveedor médico Debe

**Será completado por el proveedor de atención médica de su hijo.**

**Nombre completo del proveedor de atención médica:** \_\_\_\_\_

**Dirección de la oficina:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Mi paciente (el niño) ha sido diagnosticado con la siguiente condición médica o de salud mental o discapacidad (especifique):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, enumere los medios alternativos que puede usar su paciente para ayudar a prevenir la contracción y propagación del COVID-19:

- \_\_\_\_\_ Uso de un protector facial
- \_\_\_\_\_ Uso de una máscara con frecuentes roturas de la máscara
- \_\_\_\_\_ Uso gradual de una máscara; mayor desgaste con el tiempo
- \_\_\_\_\_ Mayor distanciamiento social de los compañeros en la mayor medida posible (es decir, escritorio movido; primero / último en la fila, mayor espacio de los compañeros en grupos, etc.)
- \_\_\_\_\_ Instrucción para abordar la condición / discapacidad (es decir, enseñanza de afrontamiento habilidades)

\_\_\_\_\_ Otro:

\_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención médica (firma) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

actualización 7/9/21