Request for Medical Exemption

of Student Face Mask

EFFECTIVE NOVEMBER 16, 2020: THE CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH MANDATES THE WEARING OF A FACE MASK AT ALL TIMES OUTSIDE THE HOME. All students and staff are required to wear a face mask while on Oxnard School District (OSD) property. The following individuals are exempt from wearing face coverings at all times:

- Persons younger than two years old. These very young children must not wear a face-covering because of the risk of suffocation.
- Persons with a medical condition, mental health condition, or disability that prevents wearing a face covering. This includes persons with a medical condition for whom wearing a face-covering could obstruct breathing or who are unconscious, incapacitated, or otherwise unable to remove a face covering without assistance. Such conditions are rare.
- Persons who are hearing impaired, or communicating with a person who is hearing impaired, where the ability to see the mouth is essential for communication.

A Parent/Guardian must request permission for her/his child to receive a medical exemption to the OSD face mask policy. The information provided will be verified by a School Nurse. Please return this completed form to your child's school. **Students who do not wear a mask will be required to wear a clear face shield provided by the school. This form is valid only for the person listed below:**

Name of person requesting mask exemption:_____ Date of Birth: ___ /___ / ____

School/Dept.: _____

☐ I authorize OSD staff to contact my child's health care provider.

To Be Completed by a Licensed Health Care Provider

The above-named student has requested an exemption to the OSD requirement of wearing a face mask. ***Does the student indicated above have a medical/mental health condition or disability that prevents wearing a face mask?***

☐ **Yes** ☐ **No**

Comments: _____

Medical Provider Information (Physician's Assistant/ Nurse Practitioner/ Physician/School Nurse):

Name of Medical Provider: _____

Signature of Medical Provider: _____ Date: ____ /____ / _____

Phone: _____-_____-_____ Fax: _____-_____-_____

For School Office Use Only

☐ Exemption verified ☐ Exemption recorded in SIS (health module) RN Signature_____

SOLICITUD DE DISPENSA MÉDICA

DE USO DE MASCARILLA PARA ESTUDIANTES

CON VIGENCIA A PARTIR DEL 16 DE NOVIEMBRE DE 2020, EL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE CALIFORNIA ORDENÓ EL USO DE MASCARILLA EN TODO MOMENTO, AL ESTAR FUERA DE LA PROPIA CASA. Todos los estudiantes y el personal deben usar una mascarilla mientras se encuentren en las instalaciones del Distrito Escolar de Oxnard (OSD).
Las siguientes personas están dispensadas del uso en todo momento de cubiertas faciales:

- Personas menores de 2 años. Los niños en este grupo de edad no deben usar mascarillas debido al riesgo de asfixia.
- Personas con una condición médica, de salud mental o discapacidad que impida el uso de una cubierta facial. Esto incluye personas con condiciones médicas en las que la mascarilla podría obstruir la respiración o que están inconscientes, incapacitadas o que por cualquier otra razón no se pueden retirar la cubierta facial sin ayuda. Esas condiciones son poco comunes.
- Personas con discapacidad auditiva, o personas que se comunican con alguien con discapacidad auditiva, cuando poder ver la boca es esencial para la comunicación.

Para recibir una dispensa de la política de uso de mascarilla para su hijo/a, el padre /tutor legal debe solicitarla al Distrito Escolar de Oxnard. La información provista será verificada por la enfermera escolar. Por favor devuelva este formulario lleno a la escuela de su hijo/a. **Los estudiantes que no usen una mascarilla deberán llevar un protector facial provisto por la escuela. Este formulario es válido solo para la persona que se indica abajo:**

Nombre de la persona para la que se solicita la dispensa de uso de mascarilla: _____
Fecha de nacimiento: ___ /___ / ____

Escuela/Departamento: _____

☐ Autorizo al personal del Distrito Escolar de Oxnard a contactar al proveedor de servicios de salud de mi hijo/a.

To Be Completed by a Licensed Health Care Provider (Para ser llenado por el proveedor de servicios de salud)

The above-named student has requested an exemption to the OSD requirement of wearing a face mask. ***Does the student indicated above have a medical/mental health condition or disability that prevents wearing a face mask?***

☐ **Yes** ☐ **No**

Comments: _____

Medical Provider Information (Physician's Assistant/ Nurse Practitioner/ Physician/ School Nurse):

Name of Medical Provider: _____

Signature of Medical Provider: _____ Date: ____ /____ / _____

Phone: _____-_____-_____ Fax: _____-_____-_____

For School Office Use Only (Para uso exclusivo de la oficina de la escuela)

☐ Exemption verified ☐ Exemption recorded in SIS (health module) RN Signature_____