MOORPARK UNIFIED SCHOOL DISTRICT
INSTRUCTIONAL SERVICES

REQUEST FOR HOME TEACHER (C.E.C. 48206.3)
TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN

Distribution:
☐ Home Teaching Coordinator
☐ School Counselor

Date: _____

To: Dr. Melissa La Belle - District Office

I am requesting a home teacher for my child who will be absent from school for at least four weeks due to a temporary disability. I understand that home teaching is limited to five hour per week and is intended to keep my child from falling behind during this time. I understand that I will be working in partnership with the home teacher(s) to make sure assignments are completed to the best of my child's ability. I understand that any alteration of this form may void this request for service.

I hereby authorize my physician to communicate in writing or verbally with the school nurse or counselor regarding the reason for the home teaching request. I also authorize the release to Moorpark Unified School District of my child's medical information that relates to this request. I understand that only the appropriate school professional(s) working with my son/daughter will use the information. This release of information will remain valid during the period of home teaching. I understand that a physician's authorization is required for each semester my child is receiving these services and that an adult will be present for the duration of each teaching session. Incomplete information may delay processing.

_____ (Name of Physician)

_____ (Physician Address) (City) (State) (Zip)

_____ (Physician Office Telephone #)

_____ (Student current school and grade)

_____ (Student Name) (Date of Birth)

_____ (Student home address) (City) (State) (Zip)

_____ (Parent/Guardian Printed Name)

_____ (Parent/Guardian Signature) (Date)

TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN.

I certify that this child is under my care and has a condition that requires an absence of approximately 20 school days or longer. I authorize home teaching and understand this service is limited to five hours of instruction per week. Please provide a brief, non-technical description below.

RATIONALE	PHYSICIAN STATEMENT
Diagnosis: (Indicate temporary disability)	
Prognosis:	
Instruction at home, one hour per school day, to **begin (Specific Date):**	
Instruction at home should be carried out **until (Specific Date):**	
Does this assignment expose the teacher to any contagious condition that can be transmitted by casual contact?	
Comments:	

Signed _____ (Attending Physician) Please Print _____ (Attending Physician)

Physician: Please return to District Office, Moorpark Unified School District, 5297 Maureen Lane, Moorpark, California 93021, (805) 378-6300, **FAX (805) 531-6641**

☐ I hereby request medical records on this student. Please send to: _____ (Name/Title)

_____ (Address)

_____ (Signature of School Employee)

MOORPARK UNIFIED SCHOOL DISTRICT
INSTRUCTIONAL SERVICES

SOLICITUD DE PROFESOR A DOMICILIO (C.E.C. 48206.3) COMPLETAR POR EL PADRE/MADRE/TUTOR

Distribución:
☐ **Coordinador de enseñanza a domicilio**
☐ **Consejero escolar**

Fecha: _____

A: Dra. Melissa La Belle - Oficina de distrito

Solicito un profesor a domicilio para mi hijo que estará ausente de la escuela durante al menos cuatro semanas debido a una discapacidad temporal. Entiendo que la enseñanza en casa se limita a cinco horas por semana y tiene por objeto evitar que mi hijo se atrase durante este tiempo. Entiendo que trabajaré en colaboración con el/los maestro(s) en casa para asegurarme de que las tareas se completen de la mejor manera posible. Entiendo que cualquier alteración de este formulario puede anular esta solicitud de servicio.

Por la presente autorizo a mi médico a comunicarse por escrito o verbalmente con la enfermera o el consejero de la escuela con respecto al motivo de la solicitud de enseñanza en el hogar. También autorizo la divulgación al Distrito Escolar Unificado de Moorpark de la información médica de mi hijo que se relacione con esta solicitud. Entiendo que sólo el/los profesional(es) escolar(es) apropiado(s) que trabaje(n) con mi hijo/hija utilizará(n) la información. Esta divulgación de información seguirá siendo válida durante el período de enseñanza en el hogar. Entiendo que se requiere la autorización de un médico para cada semestre en que mi hijo/a reciba estos servicios y que un adulto estará presente durante cada sesión de enseñanza. La información incompleta puede retrasar la tramitación.

_____ (Nombre del médico)

_____ (Dirección del médico) (Ciudad) (Estado) (Postal)

_____ (Teléfono del consultorio médico)

_____ (Escuela del alumno y grado)

_____ (Nombre del alumno) (Fecha de nacimiento)

_____ (Dirección del alumno) (Ciudad) (Estado) (Postal)

_____ (Nombre impreso del padre/madre/tutor)

_____ (Firma del padre/madre/tutor) (Fecha)

COMPLETADO POR EL MÉDICO QUE ASISTE

Certifico que este niño está bajo mi cuidado y tiene una condición que requiere una ausencia de aproximadamente 20 días escolares o más. Autorizo la enseñanza en casa y entiendo que este servicio está limitado a cinco horas de instrucción por semana. Por favor, proporcione a continuación una breve descripción no técnica.

RAZÓN	DECLARACIÓN DEL MÉDICO
Diagnóstico: (Indicar incapacidad temporal)	
Pronóstico:	
Instrucción en casa, una hora por día escolar, para comenzar **(Fecha específica):**	
La instrucción en casa debe llevarse a cabo **hasta (Fecha específica):**	
¿Expone esta tarea al profesor a alguna enfermedad contagiosa que pueda transmitirse por contacto casual?	
Comentarios:	

Firma _____ (Médico) Imprimir _____ (Médico))

Médico: Por favor, devuélvalo a la Oficina del Distrito, Moorpark Unified School District, 5297 Maureen Lane, Moorpark, California 93021, (805) 378-6300, **FAX (805) 531-6641**

☐ Por la presente solicito los registros medicos de este alumno. Por favor de enviar a: _____ (Nombre/Titulo)

_____ (Dirección)

_____ (Firma del empleado de la escuela)

G:\Instructional Services\Home Hospital\HomeTchRequest