*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

### 75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906 (781) 338-3000: **هاتف** 1-800-439-2370  **للمعوقين سمعا**

| Jeffrey C. Riley*Commissioner* |  |
| --- | --- |

إقرار الطبيب على الحاجة إلى تعليم مؤقت في منزل أو مستشفى لأسباب طبية ضرورية

**تنص لائحة ماساتشوستس للتعليم الابتدائي والثانوي،** CMR 28.03 (3) (c**) 603 على:**

**عند استلام أمر خطي من طبيب يتثبت على ان أي طالب مسجل في مدرسة عامة. . .** يجب أن يبقى في المنزل أو في المستشفى على أساس يوم أو ليلة **، أو أي تركيبة من الحالتين، لأسباب طبية ولمدة لا تقل عن أربعة عشر يوما دراسيا في أي سنة دراسية، يتأهل الطالب لتلقي خدمات تعليمية في هذا المكان مؤقتًا من مقاطعة المدارس العامة** ...

يجب إكمال جميع الفراغات وتقديم جميع المعلومات المطلوبة حتى يكون هذا النموذج بمثابة تفويض نافذ للخدمة.

قم بإعادة هذا النموذج المكتمل إلى مقاطعة مدرستك

بيانات الطالب:

**اسم الطالب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ اسم مقاطعة المدرسة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ :**

معلومات الطبيب:

**اسم الطبيب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**نوع المصرح (دكتور أو ممرض ممارس) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ :**

**رخصة # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**عنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

أؤكد أنه من الضروري طبياً أن يبقى الطالب المذكور أعلاه ليوم واحد أو طوال الليل:

□ أي مزيج من الاثنين □ في المستشفى، او □ في المنزل

لمدة:

□ 14 يوما على الأقل، □ أو على أساس متكرر يتراكم إلى 14 يوما على الأقل على مدار العام الدراسي الحالي،

 التشخيص الطبي والسبب (الأسباب) يحضر الطالب البقاء في المنزل أو المستشفى أو عدا ذلك غير قادر على حضور المدرسة لأسباب طبية:

تاريخ دخول الطالب إلى المستشفى أو بدء البقاء بالمنزل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إذا يحتاج الطالب أيضا إلى تقليل عبأ العمل المدرسي المعتاد بسبب هذه الحالة أثناء تواجده في المنزل أو في المستشفى، فقم بوصف تلك القيود:

إذا احتاج الطالب أيضا إلى تعديل آخر على البرنامج التعليمي أثناء تواجده في المنزل أو في المستشفى بسبب الحالة الطبية، فقم بوصف هذه التعديلات:

من المتوقع أن يعود الطالب إلى المدرسة في (يجب تقديم التاريخ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(إذا كانت هناك حاجة طبية مستمرة بعد هذا التاريخ، يجب على ولي أمر الطالب أو الوصي أن يقدم إلى مقاطعة المدرسة نموذجا جديدا موقعا من الطبيب للتحقق من الحاجة إلى مواصلة تقديم الخدمات التعليمية في المنزل و / أو المستشفى).*

**إقرار الطبيب بالحاجة الطبية للطالب لخدمات المنزل / المستشفى**

*أنا الطبيب المعالج للطالب المذكور أعلاه وأنا مسؤول عن الرعاية الطبية للطالب. أقر بموجب ذلك أنه يجب على الطالب البقاء في المنزل أو في المستشفى، أو أي تركيبة منهما، على أساس يومي أو ليلي لمدة 14 يومًا على الأقل، أو على أساس بقاء متكرر يتراكم لحد 14 يوما على مدار الدورة من السنة الدراسية، للأسباب الطبية الموضحة أعلاه.*

توقيع الطبيب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ :

للحصول على معلومات إضافية ، راجع <https://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html> أو اتصل بمكتب نظام حل المشكلات (781) 338-3700.

قم باعادة هذا النموذج مكملا الى مقاطعة مدرستك