*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

### 75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906 Téléphone : (781) 338-3000 ATS : N.E.T. Relay 1-800-439-2370

| Jeffrey C. Riley  *Commissaire* |  |
| --- | --- |

**Certificat du médecin selon lequel un enseignement temporaire à domicile ou à l’hôpital est nécessaire pour des raisons médicales**

Le règlement du Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education 603 CMR 28.03(3)(c) prévoit ce qui suit :

Sur réception d’une ordonnance écrite d’un médecin confirmant que tout enfant inscrit dans un établissement scolaire public. . . **doit rester à la maison ou à l’hôpital pendant la journée ou la nuit,** ou toute combinaison des deux, pour des raisons médicales et pour une période d’au moins quatorze jours d’école au cours de toute année scolaire, un élève peut prétendre au bénéfice de services éducatifs dans cet environnement de manière temporaire, dispensés par l’administration scolaire publique…

**Tous les champs doivent être complétés et toutes les informations requises communiquées pour que ce formulaire soit une autorisation de service valable.**

**RENVOYEZ CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À VOTRE ADMINISTRATION SCOLAIRE**

**Informations sur l’élève**

Nom de l’élève : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom de l’administration scolaire :­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informations sur le médecin**

Nom du médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Type de la personne qui délivre l’autorisation (médecin ou infirmier) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de licence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J’affirme que, si cela est nécessaire pour des raisons médicales, l’élève susnommé doit demeurer la journée ou la nuit :

□ à son domicile, ou □ dans un hôpital ou □ toute combinaison des deux

Pour une période de :

□ Au moins 14 jours, ou □ sur une base récurrente aboutissant à une accumulation d’au moins 14 jours sur la durée de l’année scolaire en cours.

Diagnostic médical et raisons pour lesquelles l’élève est confiné à la maison, à l’hôpital ou n’est autrement pas en mesure de fréquenter l’établissement pour des raisons médicales :

Date à laquelle l’élève a été pris en charge à l’hôpital ou a commencé son confinement à domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si l’élève a également besoin d’une réduction de la charge de travail scolaire normale en raison de son état lorsqu’il est à la maison ou à l’hôpital, décrivez ces limitations :

Si l’élève a aussi besoin d’autres aménagements au programme pédagogique à la maison ou à l’hôpital en raison de son état médical, veuillez les décrire :

L’élève devrait retourner à l’école le (la date doit être indiquée) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (*En cas de poursuite du besoin médical au-delà de cette date, le parent de l’élève ou le titulaire de l’autorité parentale doit remettre à l’administration scolaire un nouveau formulaire signé par le médecin pour confirmer le besoin de poursuite de la prestation des services d’enseignement à la maison et / ou l’hôpital.)*

**Déclaration sur l’honneur du médecin en ce qui concerne la nécessité médicale des services à la maison / l’hôpital**

*Je suis le médecin traitant de l’élève susnommé et je suis responsable de ses soins médicaux. Je certifie par la présente que l’élève doit demeurer à la maison ou à l’hôpital, ou toute combinaison des deux, la journée ou la nuit pendant une période d’au moins 14 jours, ou sur une base récurrente correspondant à un total cumulé de 14 jours sur la durée de l’année scolaire, pour les raisons médicales indiquées ci-dessus.*

Signature du médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pour tout renseignement complémentaire, consultez <http://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html> ou appelez le bureau du système de résolution des problèmes au (781) 338-3700.

**RENVOYEZ CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À VOTRE ADMINISTRATION SCOLAIRE**