***Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

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

|  |  |
| --- | --- |
| Jeffrey C. Riley  *Kumisáriu* |  |

**Atestadu Médiku di Razons Pamodi ki Alunu Provavelmenti Pode Fika na Kaza, nun Ôspital, ô nun Lar Pediátriku pa Más di 60 Dia Letivu**

Rigulamentu di Dipartamentu di Ensinu Báziku y Sikundáriu di Massachusetts, 603 CMR 28.04(4) ta prive ki:

Si, **na opinion di médiku di alunu**, un alunu ki ta kualifika ten probabilidadi di fika na kaza, nun ôspital, ô nun lar di kuidadus pediátriku pa razons médiku duranti **más di 60 dia letivu na kualker anu letivu**, Adiministrador di Ensinu Spesial debe, **sen atrazus disnisisáriu, riuni un Ekipa** pa konsidera nisisidadis di avaliason y, si apropriadu, muda IEP izistenti ô dizenvolve un novu IEP adekuadu pa sirsunstánsias úniku di alunu.

**DIVOLVE ES FORMULÁRIU PRENXEDU PA BU DISTRITU SKOLAR**

**Informason di Alunu:**

Nomi di Alunu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA DI NASIMENTU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inderésu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nomi di Distritu Skolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informason Médiku:**

Nomi di Médiku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tilifoni #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipu di Otorizador (Dotor ô Infermeru Klíniku): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lisensa #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inderésu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N ta atesta ma é provavel ki ta be ser klinikamenti nisisáriu pa alunu fika:

□ Na kaza ô

□ nun ôspital ô

□ nun lar di kuidadus pediátriku ô

□ na kualker konbinason des três

Pa un períudu di más di 60 dia letivu na anu letivu.

Diagnóstiku médiku y razon(s) pamodi ki alunu debe fika na kaza, ôspital ô lar pediátriku, ô ka pode frikuenta skóla pa razons médiku:

Data ki alunu internadu na ôspital ô na lar di kuidadus pediátriku, ô ki el kumesa tratamentu na kaza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Alunu debe sta na kaza, ôspital ô lar di kuidadus pediátriku duranti réstu di anu letivu, pamodi kondison médiku, ô

□ Alunu debe volta pa skóla dia (Data ten ki fornesedu) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. *(Si ten un nisisidadi médiku kontinu paralén des data, pai, mai ô tuto legal di alunu pode aprizenta distritu skolar un novu formuláriu sinadu pa médiku, asi pa pode verifika nisisidadi di kontinua prestason di sirvisus idukativu na kaza, ôspital y/ô lar di kuidadus pediátriku).*

**Diklarason Médiku di Nisisidadi Médiku di Alunu pa Sirvisus Idukativu na Kaza, Ôspital ô na Lar di Kuidadus Pediátriku**

*Ami é médiku risponsável pa tratamentu médiku di kel alunu mensionadu di riba y ami é risponsável pa kuidadus médiku di es alunu. N ta sertifika ma é provável kel alunu fika na kaza, nun ôspital ô nun lar pediátriku, pa un períudu di más ki 60 dia letivu, na anu letivu ô di forma rikorenti ki ta akumula más di 60 dia letivu au longu di anu letivu, pa kes razon médiku mensionadu di riba.*

Asinatura di Médiku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pur favor nota ma si for nisisáriu más informason, distritu skolar pode pidi konsentimentu di pai/mai y mante en kontaktu ku bo komu médiku risponsável pa tratamentu.

**DIVOLVE ES FORMULÁRIU PRENXEDU PA BU DISTRITU SKOLAR**

Más informason pode atxadu na [Gia di Perguntas y Rispóstas sobri Inplimentason di Sirvisus Idukativu na Kaza ô Ôspital.](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html)