*****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 relatif aux raisons médicales pour lesquelles l’élève restera probablement à la maison, à l’hôpital ou dans une maison de repos pour enfants pendant plus de 60 jours d’école**

Le règlement du Massachusetts Department of Elementary and Secondary Education 603 CMR 28.04(4) prévoit ce qui suit :

Si, **de l’avis du médecin de l’élève,** un élève éligible risque de rester à la maison, à l’hôpital ou dans une maison de repos pour enfants pour des raisons médicales **pendant plus de 60 jours d’école au cours de toute année scolaire,** l’administrateur chargé de l’éducation spécialisée doit, **sans retard indu, former une équipe** chargée d’envisager les besoins en matière d’enseignement, et, le cas échéant, de modifier le plan d’enseignement individualisé ou d’en concevoir un nouveau adapté à la situation unique de l’élève.

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

Je certifie qu’il est probable qu’il soit nécessaire pour des raisons médicales que l’élève susnommé demeure :

□ à la maison ou

□ à l’hôpital ou

□ dans une maison de repos pour enfants ou

□ toute combinaison des trois

Pendant une période d’au moins 60 jours au cours de l’année scolaire.

Diagnostic et raisons médicales pour lesquelles l’élève doit demeurer à la maison, à l’hôpital, dans une maison de repos pour enfants, ou n’est autrement pas en mesure d’aller à l’école :

Date à laquelle l’élève est entré à l’hôpital ou dans une maison de repos pour enfants, ou a commencé un traitement médical à la maison : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ L’élève devrait demeurer à la maison, à l’hôpital, ou dans une maison de repos pour enfants pendant le reste de l’année scolaire en raison de son état de santé, ou

□ 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, à l’hôpital, ou dans une maison de repos pour enfants).*

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

*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 demeurera probablement à la maison, à l’hôpital, ou dans un maison de repos pour enfants pendant une période de plus de 60 jours au cours de l’année scolaire, ou sur une base récurrente correspondant à un total cumulé de plus de 60 jours sur la durée de l’année scolaire, pour les raisons médicales indiquées ci-dessus*

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

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

Veuillez noter que si des informations complémentaires sont nécessaires, l’administration scolaire peut demander le consentement des parents pour se mettre en contact avec vous en tant que médecin traitant.

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

Des informations complémentaires peuvent être consultées dans le [Guide des questions et réponses sur la mise en œuvre des services d’enseignement à la maison ou en milieu hospitalier.](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html)