*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

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

| Jeffrey C. Riley  *总监* |  |
| --- | --- |

**出于必要医疗原因，医生确定需要暂时在家或医院提供教育**

马萨诸塞州中小学教育部条例 603 CMR 28.03(3)(c)规定：

在收到医生处方医嘱的情况下，确认出于医疗原因，就读公立学校的学生. . . **必须**在任何学年不少于十四个教学日的时期内**在每天或隔夜基础上待在家里或住院**（或两者兼而有之），则学生有资格在这种环境中暂时从公立学区….接受教育服务….

**必须填写所有栏目并提供所有必需信息，该表格才具有有效的服务授权。**

**填写该表格并交给您所在学区**

**学生信息：**

学生姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_出生日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 学区名称：­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**医师信息：**

医师姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 电话号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

授权人类型：（医生或执业护理师）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

许可证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

本人确认，出于医疗需要，上述具名学生必须在每天或隔夜基础上：

□ 在家，或 □ 在医院，或 □ 两者任意组合

离校时间为：

□ 至少 14 天，或 □ 在重复离校的基础上在本学年累计至少 14 天。学生被限制在家、住院或以其他方式无法上学的医疗诊断和医疗原因：

学生入院治疗或开始待在家里的日期： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

如果在家或住院期间学生因病情还需要减少学校正常工作量的话，请描述这些限制：

在家或住院期间，如果学生由于健康状况还需要对教育计划进行其他修改的话，请描述：

预计学生将于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_返回学校（必须提供日期）。

*（如果在此日期之后还继续有医疗方面的需求，学生父母或监护人必须向学区提交一份由医生签署的新表格，以验证是否需要继续在家中和/或医院提供教育服务 ）。*

**医生宣誓书：针对学生的医疗需求提供家庭/医院服务**

*我是上述具名学生的主治医生，负责该学生的医疗护理。本人特此证明，出于上述医疗原因，该学生在本学年內必须在每天或隔夜基础上待在家里或住院（或两者兼而有之）至少14天的时间，或是在重复离校的基础上累积14天的时间。*

医生签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

有关其他信息，请参阅网站：<http://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html>，或致电问题解决系统办公室，电话： (781) 338-3700。

**请填写本表格并交回您所在学区**