*****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 لأسباب طبية تسبب احتمال بقاء الطالب في المنزل أو في مستشفى أو في دار عناية أطفال لأكثر من 60 يوما دراسيا

**تنص لائحة ماساتشوستس للتعليم الابتدائي والثانوي،** 603 CMR 28.04(4)**، على ما يلي:**

**إذا** ارتأى طبيب **الطالب أنه من المرجح أن يبقى الطالب المؤهل في المنزل أو في مستشفى أو في دار رعاية الأطفال لأسباب طبية** لأكثر من 60 يوما دراسيا في أي سنة دراسية**، يجب على مدير التعليم الخاص،** دون تأخير لا داعي له**، ان يشكّل فريق للنظر في احتياجات التقييم، وتعديل برنامج التعليم الخاص، آي إي بي، IEP الحالي أو تطوير IEP جديد يناسب الظروف الفريدة للطالب، إذا كان ذلك مناسبا.**

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 طبيا أن يبقى الطالب المذكور أعلاه:

□ في المنزل

□ في المستشفى أو

□ في دار تمريض أطفال، او

□ أي تركيبة من الخيارات الثلاثة اعلاه

لمدة تزيد عن 60 يوما دراسيا في السنة الدراسية.

التشخيص الطبي والسبب (الأسباب) التي توجب بقاء الطالب في المنزل أو المستشفى أو دار رعاية الأطفال أو غير قادر على الذهاب إلى المدرسة لأسباب طبية:

تاريخ دخول الطالب إلى المستشفى أو دار رعاية الأطفال، أو بدأ العلاج الطبي في المنزل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ من المتوقع أن يكون الطالب في المنزل أو المستشفى أو دار رعاية الأطفال للفترة المتبقية من السنة الدراسية بسبب الحالة الطبية، أو

□ من المتوقع أن يعود الطالب إلى المدرسة في (يجب تقديم التاريخ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. *(إذا كانت هناك حاجة طبية مستمرة بعد هذا التاريخ، يمكن لولي أمر الطالب أو الوصي تقديم نموذجا جديدا موقعا من الطبيب إلى مقاطعة المدرسة للتحقق من الحاجة إلى مواصلة تقديم الخدمات التعليمية في المنزل و/أو المستشفى و/أو دار تمريض الأطفال).*

**إقرار طبيب بالحاجة الطبية للطالب للخدمات التعليمية في المنزل أو المستشفى أو دار رعاية الأطفال**

*أنا الطبيب المعالج للطالب المسمى أعلاه وأنا مسؤول عن الرعاية الطبية للطالب. أقر بموجبه أنه من المرجح أن يبقى*

*الطالب في المنزل أو في المستشفى أو في دار رعاية الأطفال لمدة تزيد عن 60 يوما دراسيا في السنة الدراسية، أو على أساس متكرر يتراكم لأكثر من 60 يوما دراسيا خلال السنة الدراسية للأسباب الطبية الموضحة أعلاه.*

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

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

يرجى ملاحظة أنه إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من المعلومات، فقد تطلب مقاطعة المدرسة موافقة الوالدين وتتواصل معك بصفتك الطبيب المعالج.

**قم بإعادة هذا النموذج المكتمل إلى مقاطعة مدرستك**

يمكن العثور على معلومات إضافية من خلال [دليل الأسئلة والأجوبة حول تنفيذ الخدمات التعليمية في المنزل أو المستشفى](https://www.doe.mass.edu/prs/ta/hhep-qa.html).