

پرنس ولیم کاؤنٹی پبلک سکولز
طبی بنیاد پر چہرے پر ماسک نہ پہننے سے متعلق استثنا کی درخواست
2021-22

والد یا والدہ/سرپرست مکمل کریں گے۔	
طالب علم/طالبہ کا نام:	گریڈ:
سکول کا نام:	طالب علم/طالبہ کی تاریخ پیدائش:
والد یا والدہ/سرپرست کا نام:	جمع کرانے کی تاریخ:
کیا بچہ/بچی کسی IEP یا 504 منصوبے میں ہے؟ _____ جی ہاں _____ جی نہیں	
ذیل میں میرے دستخط کے ذریعے میں اس بات سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں کہ میں نے درج ذیل پڑھ اور سمجھ لیا ہے:	
<p>1. اگر صحت کی حالت یا معذوری کی وجہ سے میرے بچے/بچی کو سکول میں ماسک پہننے کی شرط سے استثنا دیا جاتا ہے تو میرا بچہ/بچی سکول میں حفاظتی اقدامات کی دیگر شرائط پر عمل کرے گا/گی۔</p> <p>2. میرا ڈاکٹر اس بات کی تصدیق کرے گا کہ صحت کی حالت یا معذوری کی وجہ سے میرے بچے/بچی کو ماسک سے متعلق استثنا حاصل ہے مگر اس کے پاس یہ اختیار نہیں کہ وہ PWCS سے مخصوص سہولت یا حفاظتی اقدامات فراہم کرنے کا تقاضا کرے۔</p> <p>3. اگر میرے بچے میں کووڈ-19 سے متعلق کوئی علامات ظاہر ہوتی ہیں یا بصورت دیگر بیمار ہے تو میرے بچے/بچی کو سکول کی بجائے گھر رہنا چاہیے یا اسے سکول سے گھر بھیج دیا جائے گا، ۔</p> <p>4. اگر بغیر ماسک والے طلباء کووڈ-19 والوں کے براہ راست تعلق میں آئے تو پرنس ولیم ہیلتھ ڈسٹرکٹ کے رہنما اصولوں کے تحت انہیں قرنطینہ کے لیے گھر بھیج دیا جائے گا۔</p> <p>5. دیگر حفاظتی اقدامات کے باوجود چہرے کو نہ ڈھانپنے کی وجہ سے میرا بچہ/بچی کووڈ-19 سے متاثر ہونے کے شدید خطرے میں پڑ سکتا ہے۔</p>	
والد یا والدہ/سرپرست کے دستخط:	تاریخ:
والد یا والدہ/سرپرست فون نمبر:	والد یا والدہ/سرپرست کا ای-میل:
TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN (M.D., D.O or a N.P.)	
درج ذیل ڈاکٹر مکمل کریں گے	
<p>1. Does the student have a health condition or disability that prohibits wearing a mask at school? ___ Yes ___ No</p> <p>2. Please identify the health condition or disability and explain how it prohibits mask wearing:</p> <p>3. Does the student's health condition or disability allow the student to wear a mask with transparent window? ___ Yes ___ No</p> <p>4. Does the student's health condition or disability allow the student to wear a mask if allowed periodic breaks from usage? ___ Yes ___ No</p> <p>5. If so, describe the frequency and duration of recommended breaks. _____</p> <p>6. Does the student's health condition or disability prohibit any of the following non-mask mitigation strategies? ___ face shield ___ plexiglass divider ___ enhanced physical distancing ___ periodic COVID-19 screening testing</p> <p>7. If so, explain why. _____</p> <p>8. Is the student fully vaccinated against the novel coronavirus (COVID-19)? ___ Yes ___ No</p>	
Health Care Provider Name (Print):	
Health Care Provider Phone Number:	
Has the parent signed a release for you to consult with a PWCS School Nurse? ___ Yes ___ No	
Date:	Health Care Provider Signature: