

МЕДИЧНА ФОРМА ІНСТРУКЦІЇ ДОДОМУ

Шановний лікарю!

Дякуємо за вашу відданість збереженню здоров'я учнів у Південній Кароліні та академічному та соціальному прогресі у звичайному шкільному середовищі настільки, наскільки це доречно. Названий нижче учень та його / її батьки, законний опікун або сурогатний батько попросили, щоб шкільний округ забезпечив медичне навчання вдома через нездатність учня прийти до школи внаслідок хвороби, нещасного випадку або вагітності навіть за допомогою транспорту. Представник району може зв'язатися з вами, щоб обговорити стратегії підтримки учня в шкільному середовищі та запитати додаткову інформацію. Районний суперінтендант або його / її уповноважена особа повинні схвалити будь-якого студента, який бере участь у програмі медичного навчання вдома або госпіталізованого навчання. Будь ласка, повністю заповніть Розділ II, як зазначено.

Розділ I - Інформація про учнів: (Заповнюється персоналом шкільного

Ім'я студента:	Дата народження:	Вік:	Клас:
Школа:	Шкільний округ:	Це студент з Інвалідності? Так Ні	Категорія інвалідності:

Розділ II – Медична інформація: (Заповнюється ліцензованим лікарем, медичною сестрою з дотриманням вимог Закон про медичну практику або помічника лікаря відповідно до вимог статті 7 Закону про медичну практику.)

Діагностика стану, що перешкоджає відвідуванню школи: (Додайте додаткову інформацію, якщо потрібно)

Прогноз і лікування:

Як цей стан здоров'я впливає на успішність навчання та доступ до освітньої програми студента?

Дата початку неяви:

Прогнозована прибутковість дата:

Я засвідчую, що вищевказаний учень не може відвідувати школу через хворобу, нещасний випадок або вагітність, навіть за допомогою транспорту, але може отримати користь від навчання, яке проводиться вдома чи в лікарні.

Дата: _____ Адреса: _____

Телефон #: _____

Друковане ім'я та посада провайдера: _____

Підпис виконавця: _____

Розділ III – Звільнення: (Заповнюється батьками або учнями, якщо

Я дозволяю оприлюднювати медичну, освітню інформацію або інформацію про психічне здоров'я шкільним чиновникам.

Підпис батьків / законного опікуна / сурогатного батька / або учня, якщо вісімнадцять років або старше:

_____ Дата: _____

Розділ IV – Дозвіл: (Підписується та датується окружним суперінтендантом або

Я засвідчую, що шкільні чиновники розглянуть, чи відповідає учень вимогам розділу 504 Закону про реабілітацію 1973 року або має право на вступ до програм для дітей з обмеженими можливостями. Я також засвідчую, якщо це студент з обмеженими можливостями відповідно до правил Державної ради освіти, і якщо медичне розміщення студента додому являє собою зміну місця проживання, комітет IEP за участю батьків розробить індивідуальну освітню програму (IEP). Медичні послуги, прив'язані до дому, дозволено починати з дати або пізніше:

Підпис суперінтенданта або уповноваженої особи: _____ Дата: _____

Необхідність медичного навчання вдома може періодично переглядатися. Шкільні округи повинні зберігати цей документ у справі протягом п'яти (5) періодів