

طلب إعفاء طبي من اجراء اختبار مرض (COVID-19) للتلميذ(ة)

تعاونت إدارة التعليم بمدينة نيويورك (NYC DOE) مع مستشفيات مؤسسة (NYC Health + Hospitals) وإدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك، مع المختبرات ومقدمي الخدمات الآخرين لاختبار التلاميذ والمعلمين والموظفين بإدارة التعليم بمدينة نيويورك لأجل اكتشاف حالات الإصابة بعدوى مرض (COVID-19).

السيد(ة) الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر: قد يكون هناك ظروفًا نادرة يكون فيها إجراء اختبار مرض (COVID-19) غير ممكنًا بسبب حالة صحية/ طبية ما. إذا كنتم تعتقدون أنه يجب أن يتم إعفاء طفلكم من اختبار مرض (COVID-19) بسبب حالة طبية/ صحية كذلك، الرجاء إكمال هذه الاستمارة (مع وثائق وتوقيع مقدم(ة) الرعاية الطبية لطفلكم) ثم تقديمها إلى مدير(ة) مدرسة طفلكم. إذا تمت الموافقة على طلبكم، فسوف يتم إعفاء طفلكم من اجراء اختبار مرض (COVID-19).

بيانات الطفل(ة) / التلميذ(ة)

الاسم: _____ رقم الهوية المدرسية/ رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____ تاريخ الميلاد: _____

بيانات الوالد(ة) / ولي(ة) أمر

الاسم: _____ البريد الإلكتروني: _____ رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

أفضل طريقة للاتصال بكم؟ ☐ الهاتف ☐ البريد الإلكتروني

سبب تقديم طلب الإعفاء

الرجاء اختيار سبب الإعفاء:

☐ تشوّه أنفي ☐ جراحة أنفية ☐ إصابة رضّية بالوجه

☐ غير ذلك، الرجاء الشرح:

الرجاء إرفاق وثائق طبية من مقدم(ة) رعاية طبية بخصوص طلب الإعفاء.

معلومات مقدم(ة) الرعاية الصحية

الاسم: _____ البريد الإلكتروني: _____ رقم الهاتف: _____

التوقيع: _____

To Be Completed by Principal or Program Director

(يتعين أن يتم إكماله من طرف مدير(ة) المدرسة أو مدير(ة) البرنامج)

Name _____ Date _____

Principal comments:

Principal must email the completed form to the Office of School Health's Medical Review Unit covidmedicalexemption@schools.nyc.gov for exemption approval.