

要求新冠病毒檢測醫療豁免的申請

紐約市教育局（NYC DOE）與紐約市健康和醫院系統（NYC Health + Hospitals）以及紐約市健康及心理衛生局兩個機構協力，同各實驗室和其他提供者一起合作，為紐約市教育局學生、教師和職員檢測新冠病毒感染狀況。

家長或監護人：罕見情況下，某種健康/醫療症狀可能會導致學生不可能接受新冠檢測。如果您相信您的子女出於如此一種健康/醫療症狀而應得到新冠檢測豁免，請填妥本表（且讓您子女的保健提供者出具證明和簽名），然後遞交給您子女學校的校長。如果您的申請得到批准，則您子女將獲得新冠病毒檢測的豁免。

子女/學生資料

姓名：_____ 學生身分證號碼/OSIS #：_____ 出生日期：_____

家長/監護人資料

姓名：_____ 電子郵件：_____ 電話號碼：_____

地址：_____

與您聯絡的最佳方式？ ☐ 電話 ☐ 電郵

申請豁免的理由

請選擇一項要求豁免的理由：

☐ 鼻部畸形 ☐ 鼻部手術 ☐ 面部創傷

☐ 其他（請說明）：

請附上保健提供者有關這一豁免要求的醫療證明。

健康護理提供人員資料

姓名 _____ 電子郵件 _____ 電話號碼 _____

簽名 _____

To Be Completed by Principal or Program Director

（由校長或計劃主任填寫）

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.