

## 학생 COVID-19 검사 의료적 예외 요청 양식

뉴욕시 교육청(NYC DOE)은 NYC Health + Hospitals 및 NYC 보건정신위생부와 함께 랩 및 기타 제공처와 연계하여 NYC DOE 학생, 교사, 교직원의 COVID-19 감염 검사를 실시하고 있습니다.

**학부모 또는 보호자께:** 건강/의료적 상태 때문에 COVID-19 검사가 불가능한 경우도 있습니다. 귀 자녀가 이러한 건강/의료적 문제로 COVID-19 검사에서 제외되어야 한다고 생각하시면 본 양식을 작성(자녀 주치의의 입증서류 및 서명 포함) 하시어 학교장에게 제출하십시오. 귀하의 요청이 승인되면 귀 자녀는 COVID-19 검사에서 제외될 것입니다.

### 자녀/학생 정보

성명: \_\_\_\_\_ 학교 ID/OSIS #: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

### 학부모/보호자 정보

이름: \_\_\_\_\_ 이메일: \_\_\_\_\_ 전화 번호: \_\_\_\_\_

성명: \_\_\_\_\_

가장 좋은 연락 방법은?  전화  이메일

### 검사 예외 요청 사유

요청 사유를 선택하십시오:

코 기형  코 수술  안면 외상

기타, 설명해 주십시오:

본 예외 요청을 입증할 의료 문서를 주치의로부터 받아 첨부하십시오.

### 보건 제공처 정보

성명 \_\_\_\_\_ 이메일 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_

### To Be Completed by Principal or Program Director

(학교장 또는 프로그램 디렉터 작성란)

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Principal comments:

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