



ЗАПРОС НА ОТВОД РЕБЕНКА ОТ ТЕСТИРОВАНИЯ НА COVID-19 ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

Департамент образования г. Нью-Йорка (New York City Department of Education, NYC DOE), больничная система NYC Health + Hospitals и Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка (New York City Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) совместно с лабораториями и другими поставщиками услуг проводят тестирование на COVID-19 учащихся и сотрудников школ NYC DOE.

Родители и опекуны! При наличии у ребенка определенного заболевания/медицинского показания его тестирование на COVID-19 может быть невозможным. Если, по вашему мнению, ребенок должен быть освобожден от тестирования на COVID-19 по медицинским показаниям, заполните эту форму (с подписью врача ребенка), приложите документы от врача и подайте директору школы. В случае утверждения запроса ребенок будет освобожден от тестирования на COVID-19.

Информация о ребенке

Имя и фамилия: _____ ID/Номер OSIS учащегося: _____ Дата рождения: _____

Информация о родителях/опекунах

Имя и фамилия: _____ Имейл: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Предпочтительный способ связи Телефон Имейл

Основания для запроса отвода

Отметьте ниже основание для подачи запроса:

Деформация носа Хирургия заболеваний носа Лицевая травма

Другое (укажите ниже): _____

Приложите медицинские документы от врача, имеющие отношение к запросу.

Информация о враче

Имя и фамилия _____ Имейл _____ Телефон _____

Подпись _____

To Be Completed by Principal or Program Director

(Заполняется директором школы или программы)

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.