

**ESPERANZA ELEMENTARY SCHOOL
 COVID-19 STUDENT FACE COVERING
 REQUEST FOR EXEMPTION DUE TO DISABILITY**

In connection with the COVID-19 pandemic, Esperanza Elementary School will require students to wear face coverings while in attendance in-person at school to the extent required by applicable federal, state, or local laws, regulations, ordinances, emergency orders, or state/local school board action.

The SCHOOL recognizes that some students may have disabilities that make it medically inadvisable or otherwise inappropriate to wear a face mask or other face covering and will reasonably accommodate students with disabilities.

In order to receive an exemption from applicable face covering requirements, this form must be completely filled out and returned to the school your child attends **PRIOR TO THE FIRST DAY OF PHYSICAL ATTENDANCE.**

Student's Full Name:	Student's Date of Birth:	Grade:
Student's Home Address:	School Name:	
I affirm that my student has been diagnosed with the medical condition described below. I consent to the release of related medical documentation and authorize the medical provider identified below to discuss the condition with Esperanza Elementary School officials.		
Parent/Guardian Name:	Parent Telephone:	
Signature of Parent/Guardian:	Date:	

MEDICAL CERTIFICATION

As the student's health care provider, I certify that this student has a physical or mental impairment that substantially limits a major life activity and which makes it inadvisable or impracticable for the student to wear a face covering.

This student has been diagnosed with the following medical condition:

State the reason(s) why it is not feasible for the student to wearing a face covering:

___ This medical exemption is permanent.

___ This medical exemption is temporary (duration of temporary exemption ____/____/____).

Based on the nature of this student's impairment and the potential difficulty of maintaining physical distancing within the school environment:

___ A transparent plastic face shield WOULD BE a reasonable alternative to a face covering.

___ A transparent plastic face shield WOULD NOT BE a reasonable alternative to a face covering.

Name of Physician (Print):	Medical License #:
Signature of Physician:	Date:

STUDENT FACE COVERING EXEMPTION DETERMINATION

(District Use Only)

Face Covering Exemption: <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied	Administrator Initials & Date:
--	--------------------------------

**ESCUELA PRIMARIA ESPERANZA
COVID-19 CUBIERTA DE CARA DE ESTUDIANTE
SOLICITUD DE EXENCIÓN POR DISCAPACIDAD**

En relación con la pandemia COVID-19, la Escuela Primaria Esperanza requerirá que los estudiantes lleven coberturas faciales mientras asisten a la escuela en la medida requerida por las leyes federales, estatales o locales aplicables, regulaciones, ordenanzas, órdenes de emergencia o acción de la junta escolar estatal/local.

La ESCUELA reconoce que algunos estudiantes pueden tener discapacidades que hacen que sea médicamente desaconsejable o inapropiado usar una máscara facial u otra cubierta facial y acomodará razonablemente a los estudiantes con discapacidades.

Para recibir una exención de los requisitos aplicables de cobertura facial, este formulario debe llenarse por completo y devolverse a la escuela a la que asiste su hijo **ANTES DEL PRIMER DIA DE ASISTENCIA Física**.

Nombre completo del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante:	Grado:
Domicilio del estudiante:	Nombre de la escuela:	
Afirmo que mi estudiante ha sido diagnosticado con la condición médica que se describe a continuación. Doy mi consentimiento para la divulgación de documentación médica relacionada y autorizo al proveedor médico identificado a continuación para discutir la condición con los funcionarios de la Escuela Primaria Esperanza.		
Nombre del Padre/Tutor:	Teléfono de los padres:	
Firma del Padre/Tutor:	Fecha:	
CERTIFICACIÓN MÉDICA		
<p>Como proveedor de atención médica del estudiante, certifico que este estudiante tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una actividad importante de la vida y que hace que sea desaversable o impracticable para el estudiante llevar una cubierta facial. Este estudiante ha sido diagnosticado con la siguiente condición médica: Indique la razón (s) por la que no es factible que el estudiante lleve una cara que cubra:</p> <p>AL estudiante se le diagnosticó con la condición médica que aquí se explica:</p> <p>Favor de enumerar las razones del por qué no puede usar cubre bocas.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ Esta exención médica es permanente.</p> <p>_____ Esta exención médica es temporal (duración de la exención temporal ____ / ____ / ____).</p> <p>Basado en la naturaleza del impedimento de este estudiante y la dificultad potencial de mantener el distanciamiento físico dentro del entorno escolar:</p> <p>_____ Un protector facial de plástico transparente sería una alternativa razonable a una cubierta facial (cubre bocas).</p> <p>_____ Un protector facial de plástico transparente NO SERÍA una alternativa razonable a una cubierta facial.</p>		
Nombre del médico (impresión):	Número de licencia médica:	
Firma del médico:	Fecha:	

DETERMINACION DE EXENCIÓN PARA CUBREBOCAS PARA ESTUDIANTES

(Solo uso de distrito)

Exención de cobertura facial: Aprobado denegado	Iniciales y fecha del administrador:
---	--------------------------------------