



Jeffrey C. Riley
Comissionado

Massachusetts Department of

Elementary and Secondary Education

75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906

Telefone: (781) 338-3000
TTY: N.E.T. Relé 1-800-439-2370

Atestado médico da necessidade de serviços educacionais temporários em casa ou no hospital por motivos médicos

A seção 28.03(3)(c) do título 603 do CMR, do Departamento de Ensino Fundamental e Médio de Massachusetts, dispõem que:

Uma vez um atestado médico por escrito tenha sido recebido, confirmando que um estudante matriculado em escola pública . . . **deve permanecer em casa ou no hospital diariamente ou de pernoite**, ou alguma combinação dos dois, por motivos médicos e por um período mínimo de quatorze dias letivos em qualquer ano letivo, o estudante será elegível para receber serviços educacionais naquele local, temporariamente, disponibilizado pelo distrito da escola pública...

Todos os campos devem ser preenchidos e todas as informações exigidas devem ser disponibilizadas para que este formulário se torne uma autorização válida para o serviço.

DEVOLVA ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA O SEU DISTRITO ESCOLAR

Informação do estudante:

Nome do estudante: _____ Data de nasc.: _____

Endereço: _____ Nome do distrito escolar: _____

Informações do médico:

Nome do médico: _____ No. de telefone: _____

Nome do autorizador (Médico ou enfermeiro registrado): _____

No. da licença: _____

Endereço: _____

Eu afirmo ser clinicamente necessário que o estudante acima identificado permaneça diariamente ou de pernoite:

Em casa, ou no hospital ou alguma combinação dos dois

Pelo período de:

No mínimo 14 dias, ou de forma recorrente que se acumulará em pelo menos 14 dias

durante o período do ano letivo em curso.

Diagnóstico médico e razões para o estudante permanecer confinado em casa, no hospital ou os motivos médicos que o impedem de frequentar a escola:

Data em que o estudante foi hospitalizado ou teve início o confinamento em casa: _____

Caso o estudante também necessite uma redução na carga de trabalho escolar devido a essa condição, enquanto permanece em casa ou no hospital, descreva essas limitações:

Caso o estudante também necessite outras modificações do programa educacional, enquanto permanece em casa ou no hospital devido à condição médica, descreva-as:

Estima-se que o estudante retornará à escola no dia (A data deve ser informada) _____.
(No caso de continuação da necessidade médica depois dessa data, os pais ou responsáveis pelo estudante deverão enviar, ao distrito escolar, um novo formulário médico assinado de forma a corroborar com a continuação da disponibilização de serviços educacionais em casa e/ou no hospital).

Declaração juramentada do médico em relação à necessidade médica do estudante receber serviços em casa/hospital

Eu sou o médico que está tratando do estudante acima identificado e sou responsável pelos cuidados de saúde do estudante. Pela presente, eu atesto que o estudante deve permanecer em casa ou no hospital, ou em alguma combinação dos dois, diariamente ou de pernoite por um período de pelo menos 14 dias, ou de forma recorrente que se acumulará em pelo menos 14 dias durante o período do ano letivo em curso, pelos motivos médicos acima descritos.

Assinatura do médico: _____

Data: _____

Para informações mais detalhadas, consulte o <http://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html> ou telefone para o escritório do Sistema de Resolução de Conflitos (PRS) (781) 338-3700.

DEVOLVA ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA O SEU DISTRITO ESCOLAR