



州教育厅长办公室 (OSSE)

2021-22 学年 COVID-19/冠状病毒远程学习医疗同意书和证明：有鉴于学生情况，推荐远程教育

如因学生的健康状况，他们的医疗保健提供者建议进行远程学习，请使用此表格申请远程学习。如果学生的健康状况必须进行远程学习、家庭成员的健康状况建议进行远程学习，或者是与 COVID-19/冠状病毒无关的家庭和医院指导请求，请不要使用此表格申请远程学习。

家长/监护人（或 18 岁或以上的成年学生）必须完成第一部分和第四部分。

学生的医疗保健提供者必须完成第二部分和第三部分。

此表中的所有字段均为必填项。所有字段均完整答复的表格才将予以考虑。

第一部分：由家长/监护人或成年学生（18 岁或以上）填写

学生信息

学生姓名 _____ 出生日期 _____

地址 _____ 电话 _____

入学学校 _____

家长/监护人/成年学生同意：

我特此授权 _____ 和 _____ 讨论、发布或交流本表所包含的或与之相关的信息，或发布有关因 COVID-19/冠状病毒而为上述学生注册远程学习请求的所有相关教育和医疗记录信息。我了解所讨论、发布或交流的信息可能为书面和/或口头的形式，并且只有在确定注册远程学习是否适合上述学生时进行讨论、发布或交流。

我了解本医疗证明表须经我孩子所在的当地教育机构/学校审查和核实。

我了解此医疗证明表格的**有效期为 2021-22 学年**。

我了解此表格和所有支持文件将由学校保留，我同意将其披露给州教育总监办公室 (OSSE)、外部审计员和其他哥伦比亚特区机构，包括但不限于哥伦比亚特区监察长办公室和哥伦比亚特区总检察长办公室，于上述机构提出请求时提供，用于审计、核实和/或调查。

我了解如果蓄意对本申请或随本申请提交的材料作出虚假陈述，据哥伦比亚官方法典第 22-2405 条，我有可能被起诉，并可能被处以不超过 1,000 美元的罚款、最高 180 天的监禁，或两者兼施。

家长/监护人姓名（或学生，如果 18 岁或以上） _____ 电话 _____

父母/监护人或学生（如果年满 18 周岁）签名 _____ 日期 _____

PART II: MEDICAL CERTIFICATION

To Be Completed by the Student's Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant

This Part II is required and must be completed in its entirety. All information provided with this request is subject to verification.

Note: The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) has defined a list of conditions that place an individual at higher risk for severe illness due to COVID-19.¹ The CDC has not defined a list of health conditions for which distance learning is recommended. Such a decision must be made based on a clinician's best professional judgment.

Student Name _____ DOB _____

School of Enrollment _____

[] I HEREBY CERTIFY that the student identified above has the following health condition(s) that places the student at high risk of severe illness from COVID-19, consistent with guidance from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and I therefore HEREBY RECOMMEND that the student participate in distance learning:

Note: A student recommended for distance learning due to a health condition that places the student at high risk for severe illness due to COVID-19 is only eligible for distance learning if they are ineligible for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19. Part III must be completed.

PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER OR PHYSICIAN ASSISTANT SIGNATURE:

Name of licensed physician, nurse practitioner or physician assistant
completing this form _____

National Provider Identifier (NPI) Number _____

Practice Name _____

Address _____

Phone Number _____

Signature _____ Date _____

Licensed physician, nurse practitioner or physician
assistant practice stamp:

¹ www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html

PART III: CERTIFICATION OF VACCINE ELIGIBILITY/INELIGIBILITY

To Be Completed by the Student's Licensed Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant

This Part III is required and must be completed in its entirety. All information provided with this request is subject to verification.

Student Name _____ DOB _____

School of Enrollment _____

I HEREBY CERTIFY that the student identified above is eligible ineligible for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19.

If the student is ineligible for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19, provide the following information:

The student is ineligible for the COVID-19 vaccine due to:

Age Medical condition _____ Other _____

The student's ineligibility is permanent or temporary.

If the student is ineligible on a temporary basis for a vaccine that is authorized for use in the United States to prevent COVID-19, please indicate the date or circumstance upon which the student will become eligible for the COVID-19 vaccine:

PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER OR PHYSICIAN ASSISTANT SIGNATURE:

Name of licensed physician, nurse practitioner or physician assistant
completing this form _____

National Provider Identifier (NPI) Number _____

Practice Name _____

Address _____

Phone Number _____

Signature _____ Date _____

Licensed physician, nurse practitioner or physician
assistant practice stamp

第四部分：远程学习支持：

由父母/监护人或成年学生（18 岁或以上）填写

请务必完整填写第四部分。所有与本申请一起提供的信息都将经过核实

哥伦比亚特区的当地教育机构（LEA）于 2021-22 学年提供有医疗需求的学生远程学习，以保护社区免受 COVID-19/冠状病毒的传染。然而，远程学习的机会有限。如果 2021-22 学年间申请远程学习的家庭超过有限的数量，当地教育机构和学校将判定那些学生可以获得批准，进行远程学习。为支持当地教育机构和学校确认学生是否具有远程学习的需求且会有成功的远程学习经验，家长/监护人**必须**回答以下问题，以供其孩子的当地教育机构或学校审查。这些回答将展示远程学习的准备程度和成功的可能性。请使用表格所提供的空白处，除了标注不可填写的地方。

学生姓名 _____ 出生日期 _____

入学学校 _____

1. 描述学生和/或家人所经历的与 COVID-19/冠状病毒相关的健康障碍，导致在 2021-22 学年亲自出勤成为一项挑战。您可以附上其他文件来支持您的叙述性回答。

2. 描述家长或监护人将如何确保学生规律、及时地参与远程学习。

3. 描述学生在上学期间通过远程学习的学习环境，以及家长或监护人将采取哪些步骤来提供适合其年龄的监督和支持，以便学生能够充分参与。

4. 您的孩子是否可以访问互联网并使用远程学习设备？如果答案为否，请描述访问互联网和远程学习设备方面您所需要的学校支持。

学生姓名 _____ 出生日期 _____

通过签署此表格，我认可以下几点：

- 我要求为我的孩子或我作为监护人的孩子（在本文中称为“我的孩子”）进行远程学习。
- 我了解根据哥伦比亚特区法律，5 岁至 18 岁的孩子的教育是强制性的（必需的），而非选择性的。
- 我了解如果我的孩子没有正当理由缺课是违法行为。
- 我了解哥伦比亚特区法律针对学生无故缺勤的次数有强制限制，适用远程学习及面对面课程参与，且学校将以通报如学生无故缺勤超过限制次数。
 - 5 岁至 13 岁的学生：10 日完整上学日 - 转介至儿童和家庭服务机构（CFSA）；
 - 14 岁至 17 岁的学生：15 日完整上学日 - 转介至哥伦比亚特区法院家庭法院社会服务部（FCSSD）；
- 如果满足本表格中描述的标准，我孩子的学校可能会为我的孩子提供远程学习，但并非必须提供远程学习；
- 我了解透过此份表格审核批准的远程学习安排不会超过 2021-22 学年；
- 我了解如果我的孩子被允许通过远程学习满足教育要求，我的孩子可以在 2021-22 学年由学校自行决定恢复面对面学习；
- 我了解即使我的孩子被允许进行远程学习，也需要定期出勤，且每日出勤将会被记录。如果学生缺课，需要在缺席后 5 天内提出有效理由，才能被视为缺席。
- 我了解远程学习代表学生必须在每堂课上报到并积极参与，且如果该课堂为直播课程，学生可能必须全程打开视频，以及时回复课堂上的问题；
- 我了解如果我的孩子在 2021-22 学年间参与远程学习的任何时候的学校出勤率不令人满意，学生的远程学习许可授权可能会被撤销，我的孩子将被要求亲自上学；
- 我将支持我的孩子在远程学习中的学习，为他们提供一个不受干扰的空间来参与远程学习，根据学校要求或者因我的孩子或我们的家庭无法遵守远程学习要求或出席要求时，与我孩子的学校保持定期沟通；且
- 我将提供适程度的监督，以确保孩子在家中的安全，并透过远程学习完成任务。

父母/监护人或学生（如果年满 18 周岁）正楷姓名 _____ 电话 _____

父母/监护人或学生（如果年满 18 周岁）签名 _____ 日期 _____

学校办公室专用 | 学校职员收到的医疗同意书和证明表

学校职员姓名 _____ 签名 _____ 日期 _____