



የስቴት ትምህርት የበላይ ተቆጣጣሪ ቢሮ

ለ2021-22 ትምህርት ዓመት፣ የCOVID-19/ኮሮናቫይረስ ህክምና ስምምነት እና የርቀት ትምህርት ማረጋገጫ በተማሪው ሁኔታ፣ የርቀት ትምህርት ይመከራል

በዚህ ቅጽ ውስጥ ያሉ ሁሉም መስመሮች ያስፈልጋሉ። በሁሉም መስመሮች ውስጥ የተሟላ ምላሽ ያላቸው ቅጾች ብቻ ይወሰዳሉ።
\*\* ማስታወሻ፣ ይህ ቅጽ የርቀት ትምህርት የሚያስፈልግበትን የተማሪን የጤና ሁኔታ ለመመዘገብ ብቻ ጥቅም ላይ መዋል አለበት። ይህ ቅጽ በተማሪው የጤና ሁኔታ ምክንያት የርቀት ትምህርትን መስፈርቶች ለመመዘገብ ወይም ከcoronavirus (COVID-19) ጋር ግንኙነት የሌለውን ተማሪ የቤት እና የሆስፒታል ትምህርት ጥያቄዎችን ለመመዘገብ ጥቅም ላይ መዋል የለበትም።

ክፍል I፣ በወላጅ/ሞግዚት የሚሞላ

የተማሪ መረጃ

የተማሪ ስም \_\_\_\_\_ የትውልድ ቀን \_\_\_\_\_

አድራሻ \_\_\_\_\_ ስልክ ቁጥር \_\_\_\_\_

የምዝገባ ትምህርት ቤት \_\_\_\_\_

የወላጅ/ሞግዚት ስምምነት፣

እነሆ ፈቃድ እሰጣለሁ \_\_\_\_\_ እና \_\_\_\_\_

ከዚህ ቅጽ ጋር ያለ መረጃን ለመወያየት፣ ለመልቀቅ፣ ወይም ለመለዋወጥ፣ ወይም በCOVID-19 ምክንያት ከላይ ለተጠቀሰው ተማሪ የርቀት ትምህርት ውስጥ የመመዘገብ ጥያቄን በተመለከተ ከልጄ ትምህርት ወይም የህክምና መዝገቦች የሚገኝ መረጃን ለማውጣት። የተወያየበት፣ የተለቀቀ፣ ወይም የተለዋወጠ መረጃ በጽሁፍ፣ እና/ወይም በድምጽ ሊሆን እንደሚችል፣ እና ከላይ ለተቀሰ-ተማሪ የርቀት ትምህርት ውስጥ መመዘገብ አግባብ እንደሆነ ለመወሰን ዓላማ ብቻ እንደሚወያይበት፣ እንደሚለቀቅ፣ ወይም እንደሚለዋወጥ እረዳለሁ።

ይህ የህክምና ማረጋገጫ ቅጽ በልጄ የአካባቢ ትምህርት ኤጀንሲ/ትምህርት ቤት እንደሚገመገም እና እንደሚረጋገጥ እረዳለሁ።

ለዚህ የህክምና ማረጋገጫ ቅጽ የሚሰራበት ጊዜ ለ2021-22 የትምህርት ዘመን እንደሚሆን ተረድቻለሁ።

የዚህ ቅጽ እና ሁሉም ደጋፊ ሰነዶች በትምህርት ቤቱ የሚያዙ እረዳለሁ እና ለOSSE፣ የውጭ አዲተሮች፣ እና ሌሎች የዲስትሪክት ኤጀንሲዎች፣ እንዲሁም ለDC(ዲ.ሲ.) ጠቅላይ መርማሪ ቢሮ እና ለ(DC) ዲ.ሲ. ጠቅላይ ዐቃቤ ህግ ቢሮን ጨምሮ ግን በዚህ ያልተወሰነ፣ ጥያቄ ሲቀርብ፣ ለአዲት፣ ማረጋገጫ እና/ወይም ምርመራ ዓላማ ሲባል፣ እንደሚሰጥ እስማማለሁ።

በዚህ ማመልከቻ ወይም ከዚህ ማመልከቻ ጋር የገባ ቁሳቁስ ላይ በፍላጎት የሀሰት መግለጫ ካወጣሁ፣ በዲ.ሲ. አፍሴላዊ ኮድ § 22-2405 ስር እንደሚከሰስ፣ እና እስከ \$1,000 ቅጣት፣ እስከ 180 ቀናት እስራት፣ ወይም ለሁለቱም መዳረግ እንሚችል እረዳለሁ።

የወላጅ / አሳዳጊ ስም \_\_\_\_\_ ስልክ ቁጥር \_\_\_\_\_

የወላጅ / አሳዳጊ ፊርማ \_\_\_\_\_ ቀን \_\_\_\_\_

**PART II: MEDICAL CERTIFICATION:  
TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN OR NURSE PRACTITIONER**

*This form must be completed in its entirety. All fields are required and 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 complications of COVID-19. <sup>1</sup> The CDC has not defined a list of health conditions for which distance learning is required. Such a decision must be made based on a clinician's best professional judgement.*

Student Name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

School of Enrollment \_\_\_\_\_

I HEREBY CERTIFY that the student identified has the following physical or mental health condition(s) which REQUIRES the student to participate in distance learning, due to COVID-19: \_\_\_\_\_

Describe how the student's physical or mental health condition(s) above REQUIRES the student to participate in distance learning, due to COVID-19:

**PHYSICIAN OR NURSE PRACTITIONER SIGNATURE**

Name of licensed physician or licensed nurse practitioner completing this form: \_\_\_\_\_

National Provider Identifier (NPI) Number: \_\_\_\_\_

Practice Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Licensed physician or nurse practitioner office stamp:

**SCHOOL OFFICE USE ONLY | COVID-19 Medical Consent and Certification Form**

School Official Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> [www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html)