



DISTRICT OF COLUMBIA
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

EDUCATION

DC 주 전역 학습 평가 의료 면제 양식

안내: 본 양식은 기존의 의학적 질환 또는 의료적 응급 상황이 있는 학생을 대신하여 주 전역 시험 면제를 신청하는 데 사용할 수 있습니다. 주 전역 학습 평가에서 면제 승인을 받으려면 다음 상황 중 하나가 충족되어야 합니다.

1. 학생이 **의학적 질환**이 있거나 **중병**에 걸린 경우

** 의료 면제 요청 시에는 담당 치료 의사 또는 정신과 의사가 본 양식에 소견서를 작성하고 서명해야 합니다. 본 요청은 학생의 학교 기록에 기재되는 시험 첫 날 전에 주 교육감 사무국(Office of the State Superintendent of Education, OSSE)에 제출해야 합니다.*

2. 학생이 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 **의학적 응급 상황**을 겪는 경우:

- 생명을 위협하는 의학적 응급 상황
- 심각한 부상
- 정신 건강 위기

** 의학적 응급 면제 요청 시에는 담당 치료 의사 또는 정신과 의사가 본 양식에 소견서를 작성하고 서명해야 합니다. 응급 면제 요청은 시험 기간이 종료된 후 근무일 기준 10 일 이내에 OSSE 에 제출해야 합니다.*

이러한 사유로 시험 면제를 요청할 시에는, 의료 면제 양식 전체를 작성하여 학생을 치료하는 의사가 작성하고 서명한 소견서와 함께 제출해야 합니다. 이 소견서는

1. 질환의 성격 또는 비정상적 치료(Extraordinary Treatment)에 대해 기술해야 하고
2. 질환 또는 비정상적 치료로 인해 학생이 발병 시점부터 교육 서비스를 이용할 수 없게 되었거나, 또는 주 전역 학습 평가에 참여하기에 신체적으로 너무 허약함을 확인해주어야 합니다.

학교장, 교장의 피지명인 또는 평가 조정관은 본 양식의 해당 섹션 작성을 관리해야 합니다. 작성 후 본 양식은 위에 지정된 기간까지 [OSSE 지원 도구](#)에 업로드해야 합니다. OSSE 는 최종 결정을 지역 교육 기관(Local Education Agency, LEA)에 통보할 것입니다. LEA 는 이 정보를 최소 4년간 보관하도록 요구됩니다. 교직원은 완료된 DC 주 전역 학습 평가 의료 면제 요청 양식의 사본을 학생 파일에 의무적으로 보관할 책임이 있습니다.

의료 면제는 승인된 학년도 동안 유효합니다. 주 교육감 사무국(Office of the State Superintendent of Education)은 학생 의료 면제 요청과 관련하여 LEA 로부터 서류를 요구할 수 있습니다. 주 전역 학습 평가에서 면제된 학생은 LEA 또는 학교 책무성 계수에 포함되지 않습니다. 면제를 위한 유효 서류로 간주되려면 양식과 함께 반드시 **학생의 치료를 담당하는 의사 또는 정신과 의사의 서명이 있는 소견서**를 제출해야 합니다. 유효한 서명이 없는 제출 서류는 시험 보안 양식의 허위 증명이자 위반으로 간주될 수 있습니다. 또한 양식 내 모든 항목을 정확하고, 읽을 수 있게 완전히 작성해야만 학생이 의료 면제의 고려 대상이 될 수 있습니다.



주 전체 학습 평가 의학적 응급 상황 면제 양식

LEA 는 완전히 작성되고 검증된 본 양식을 OSSE Support Tool 문서 업로드 도구를 통해 OSSE 에 제출해야 합니다.

아래 표를 작성해 주십시오:

섹션 1. 학생 정보	
LEA 이름 또는 코드:	학교 이름 또는 코드:
학생 이름:	학생 USI:
학년:	DC 주 전체 학습 평가(들): <input type="checkbox"/> PARCC ELA/Literacy <input type="checkbox"/> MSAA ELA <input type="checkbox"/> Alternate ACCESS <input type="checkbox"/> PARCC Mathematics <input type="checkbox"/> MSAA Mathematics <input type="checkbox"/> ACCESS for ELLs <input type="checkbox"/> DC Science <input type="checkbox"/> Dynamic Learning Maps (DLM)
섹션 2. 결석 사유(학생의 부모 또는 법적 보호자가 작성 및 서명)	
부상/질환 발생일:	부상/질환의 내용:
부모 서명:	서명 날짜:
섹션 3. 의사/정신과 의사 진단(허가된 의사 또는 정신과 의사가 작성 및 서명)	
의사/정신과 의사 이름:	병원 이름:
주소(길, 시, 주, 우편 번호)	
주요 진단명:	학생이 평가에서 면제되는 날짜(들):
의사/정신과 의사 진술서: 본인은 _____ (학생 이름)의 결석이 생명을 위협하는 질환 또는 의학적 응급 상황으로 인해 의사가 권고한 사항임을 이와 같이 확인합니다. 본인의 서명은 여기 성명이 기재된 학생을 본인이 검진하였음을 증명하며, 본인은 이 학생이 시험에 참석할 수 없음을 보증합니다.	
의사/정신과 의사 서명:	서명 날짜:
섹션 4. 학교 및 LEA 검증	
시험 공정성 관리자와 시험 감독관은 본 양식을 OSSE 에 제출하기 전, 양식의 온전성과 정확성을 확인해야만 합니다. 완성된 본 양식의 원본은 학교 내 잘 보관되어야 합니다.	
시험 감독관 이름:	
시험 감독관 서명:	날짜:
시험 관리자(Test coordinator) 이름:	
시험 관리자(Test coordinator) 서명:	날짜:
OSSE 직원 서명:	날짜: