

## Solicitud de excepción para usar mascarilla – Año escolar 2021/2022

Usar adecuadamente una mascarilla o una cubierta facial de tela de doble capa es una de las mejores herramientas disponibles para reducir la propagación de COVID-19. CMS requiere que todos los estudiantes, maestros, personal y visitantes se cubran la cara dentro de las escuelas e instalaciones de CMS. También se requiere cubrirse la cara cuando se viaja en autobuses u otros vehículos de transporte escolar. El uso de cubiertas faciales al aire libre es opcional.

A menos que estén completamente vacunados y no presenten síntomas, los estudiantes que están exentos de usar mascarilla deberán ponerse en cuarentena (fuera de la escuela hasta por 14 días) si se les identifica como un contacto cercano en el entorno escolar con alguien que dé positivo en la prueba.

**\*\* Nuevo para el año escolar 2021-2022 \*\***

**Las exenciones de usar una cubierta facial debido a razones médicas, de desarrollo o de comportamiento requieren la certificación de un proveedor médico. Para obtener la aprobación de una exención, los padres, madres / tutores deben enviar este formulario completo al administrador de la escuela de sus estudiantes. El proveedor de atención médica del estudiante debe completar la sección correspondiente del formulario.**

*(Esta sección debe ser completada por el padre / tutor)*

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **Escuela:** \_\_\_\_\_

Como padre / tutor del estudiante mencionado anteriormente, afirmo que mi estudiante tiene una condición de desarrollo, de comportamiento o médica que interfiere sustancialmente con la capacidad del estudiante de usar una mascarilla en el interior de la escuela durante el horario escolar.

*(Marque si corresponde) Mi estudiante tiene archivado*

Programa de educación individualizado (IEP)  Plan de la Sección 504  Plan de salud

**Nombre impreso del Padre, Madre / Tutor:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre, Madre / Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*(Esta sección debe ser completada por el proveedor de atención médica correspondiente)*

Como proveedor médico del estudiante mencionado anteriormente, afirmo que el estudiante tiene una condición médica, de desarrollo o de comportamiento que interfiere sustancialmente con la capacidad del estudiante de usar una cubierta facial en el interior durante el horario escolar, como se indica a continuación:

- Medico
- Comportamiento
- Desarrollo

**Nombre del proveedor de atención médica en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor de atención** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre y dirección de la práctica / organización:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_