



## Request for an Accommodation Related to Mandatory Face Mask Use

Parent Name: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Reason for request:

**Student's Disability or Medical Condition:**

Does the Student have:  District Health Plan  IEP  Section 504 Plan  None

**Medical documentation from healthcare provider:** (Healthcare provider: Please Complete):

What is the medical condition that prevents the student from wearing a face covering?

Can the student wear a face covering at any time during the school day?

If so, under what conditions is the student able to wear a face covering?

Under what conditions is the student unable to wear a face covering?

What, if any, accommodation(s) or adaptation(s) does the student need related to the District's face covering policy and Governor Evers' statewide face covering mandate? For how long would such accommodation(s) or adaptation(s) be necessary?



Any other information necessary for the school district to provide educational services safely for the student?

I \_\_\_\_\_ (parent) give permission and consent to the school nurse to communicate with my health care provider regarding my request for my child \_\_\_\_\_ not to wear a face covering in school or receive an accommodation related to the face covering requirement. This consent is effective for the 2020-2021 school year.

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

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

Medical Provider Name: \_\_\_\_\_

Medical Provider Signature: \_\_\_\_\_

Medical Provider Phone Number: \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

*The administrator, school nurse, and student services will review this request and contact you or your provider regarding any additional information required. We will contact you regarding additional meetings, IEP or Section 504 Plan required to consider the request. Completing this form does not guarantee a face covering exemption. Once the completed form is submitted to the school principal, a process of consultation will be utilized with student services, nursing, and the medical provider in order to determine the necessary school accommodations. You will be notified when this has been completed*

## Solicitud para una(s) modificación(es) en relación al uso obligatorio de mascarillas faciales.

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

### Razón de la solicitud:

#### Discapacidad o condición médica del estudiante:

Tiene el estudiante:       Plan de salud del distrito       Plan de Educación Individualizada (IEP)  
                                  Plan de la Sección 504       Ninguno

#### Documentación médica del doctor encargado del cuidado de la salud: (Por favor, esta parte debe ser completada únicamente por el doctor / Healthcare provider: Please Complete):

¿Cuál es la condición médica que impide que el estudiante use una mascarilla que cubra la boca y la nariz? /  
What is the medical condition that prevents the student from wearing a face covering?

¿Puede el estudiante usar una mascarilla que cubra la boca y la nariz en algún momento durante el día escolar? /  
Can the student wear a face covering at any time during the school day?

Si es así, ¿bajo qué condiciones el estudiante puede usar una mascarilla que cubra la boca y la nariz? /  
If so, under what conditions is the student able to wear a face covering?

¿Bajo qué condiciones el estudiante **No** puede usar una mascarilla que cubra la boca y la nariz? /  
Under what conditions is the student unable to wear a face covering?

¿Qué modificación(es) o adaptación(es) necesita el estudiante en relación con la política del uso de una mascarilla que cubra la boca y la nariz del Distrito y del mandato estatal del uso de una mascarilla que cubra la boca y la nariz del Gobernador Evers?

¿Durante cuánto tiempo serían necesarias tales modificaciones o adaptaciones? /  
What, if any, accommodation(s) or adaptation(s) does the student need related to the District's face covering policy and Governor Evers' statewide face covering mandate? For how long would such accommodation(s) or adaptation(s) be necessary?

¿Hay alguna otra información necesaria para que el distrito escolar proporcione servicios educativos de manera segura para el estudiante? /

Any other information necessary for the school district to provide educational services safely for the student?



Yo, \_\_\_\_\_ (padre / madre) doy permiso y consentimiento a la enfermera de la escuela para que se comunique con nuestro doctor proveedor del cuidado de la salud con respecto a mi solicitud para que mi hijo(a):  
\_\_\_\_\_ no use una mascarilla que cubra la boca y la nariz en la escuela o para que a mi hijo(a) se le conceda una modificación / adaptación relacionada con el requisito del uso de una mascarilla que cubra la boca y la nariz. Este consentimiento es efectivo para el año escolar 2020-2021.

Firma del padre / madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor / Medical Provider Name: \_\_\_\_\_

Firma del doctor / Medical Provider Signature: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del doctor / Medical Provider Phone Number: \_\_\_\_\_

Fecha / Date: \_\_\_\_\_

*La Administración, la enfermera de la escuela y Servicios Estudiantiles revisarán el formulario y se comunicarán con usted o con el médico con respecto a cualquier información adicional requerida. Nos comunicaremos con usted con respecto a reuniones adicionales, el Plan de Educación Individualizada (IEP) o el Plan de la Sección 504, necesarios para considerar la solicitud. Completar este formulario no garantiza una excepción en el requisito del uso de una mascarilla que cubra la boca y la nariz. Una vez que el formulario sea completado, se enviará al Director de la escuela, se utilizará un proceso de consulta con Servicios Estudiantiles, Enfermería y el proveedor médico para determinar las adaptaciones necesarias que deben hacerse en la escuela. Le informaremos cuando este proceso se haya completado.*