



Formulario de solicitud de excepciones por impacto médico o de discapacidad del estudiante de STPPS

La Junta Escolar de St. Tammany Parish requiere que todas las solicitudes de excepciones a una o más disposiciones del Capítulo 4 del Boletín 741, incluyendo el requisito de usar cobertores faciales, se presenten utilizando el presente formulario. Los formularios deben ir acompañados de la documentación adecuada para apoyar la excepción solicitada. Una vez que haya completado el formulario, entréguelo con la documentación que lo corrobore al director de la escuela en la que el estudiante está o estará inscrito para que lo revisen y procesen.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de presentación de la solicitud: _____

Grado: _____ Nombre de la escuela: _____

IDENTIFIQUE EL PROBLEMA MÉDICO O DE DISCAPACIDAD QUE JUSTIFICA LA NECESIDAD DE LA EXCEPCIÓN.

Describa el problema médico o de discapacidad específico por el que el estudiante solicita una excepción o adaptación:

_____.

IDENTIFIQUE LA ADAPTACIÓN O LA EXCEPCIÓN SOLICITADA. Describa la adaptación o excepción específica que se solicita: _____.

ADJUNTE LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA. Adjunte la documentación del profesional médico cualificado del estudiante o del proveedor de atención médica que identifique específicamente el problema médico o de discapacidad que justifica la necesidad de la excepción mencionada. Además, indique lo siguiente:

Información de contacto del médico:

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Número de fax: _____

¿ESTA SOLICITUD ESTÁ RELACIONADA CON UN SERVICIO O UNA ADAPTACIÓN QUE SE OFRECE EN UNO DE LOS SIGUIENTES PLANES EXISTENTES? Si es así, marque todas las opciones que correspondan:

_____ Plan 504 _____ Plan de Educación Individualizado (IEP) _____ Plan de Salud Individualizado (IHP)

Yo, el padre o tutor legal abajo firmante, doy fe de que la información que contiene el presente es fiel y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de la información confidencial necesaria con respecto al problema médico o de discapacidad del estudiante a los administradores pertinentes según se considere necesario para la consideración de esta solicitud.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del director: _____ Fecha de recepción de la solicitud: _____

***Si se hace referencia a un Plan 504, IEP o IHP existente, se convocó una Reunión a Nivel del Establecimiento Escolar para revisar esta solicitud y el plan existente para determinar si la excepción es necesaria para evitar un conflicto con el mismo, y si el Plan 504, IEP o IHP existente debe ser modificado para paliar la necesidad de la excepción. La recomendación de la reunión a nivel del establecimiento escolar se adjunta al presente documento y se remite con la solicitud para que la revise el Superintendente o la persona que éste designe. Esta documentación se incorporará al expediente escolar del estudiante y, si corresponde, formará parte del Plan 504, IEP o IHP del estudiante.

Firma del director: _____ Fecha: _____

Superintendente/designado: _____ Aprobar _____ Denegar Firma/Fecha: _____