

Enseñanza desde el Hogar u Hospital

SECCIÓN 1 – Esta sección se debe completar por un/a médico calificado/a)

Nombre del/la estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Solicitud Original Extensión

Fecha de inicio del tiempo de enseñanza o de la extensión _____

¿Se requiere una reunión del equipo de educación especial? Sí No

Tel.: 425-431-3001 Fax: 425-431-7339

Diagnóstico

- Enfermedad/lesión (diagnóstico primario específico) _____
- Tratamiento de drogas/alcohol _____
- Embarazo _____
- Otro (especifique) _____

Confirmando que este estudiante no puede asistir a la escuela pública durante un período estimado de _____ semanas. (4-18 semanas por año escolar)

Asistencia intermitente: • Sí • No

Escriba el nombre del/la médico en letra de molde: _____

Firma del/la médico: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Enseñanza desde el hogar u hospital se limita a los servicios que se consideren necesarios para ofrecer una intervención temporal a causa de una discapacidad física y/o mental o una enfermedad durante un periodo estimado de 4 semanas o más. Los servicios están limitados a un máximo de 18 semanas por año escolar. Las semanas de ausencia pueden ser consecutivas o intermitentes.

Ausencias Intermitentes: