

LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE SARASOTA, FLORIDA
CURRÍCULO E INSTRUCCIÓN
1960 LANDINGS BOULEVARD, SARASOTA, FL 34231
PHONE (941) 927-9000

CERTIFICACIÓN DE CUBIERTA DE CARA COVID-19
(COVID-19 FACE COVERING CERTIFICATION - SPANISH)

Instrucciones: Complete, firme y devuelva este formulario a la escuela de su hijo o a su supervisor.

Poliza de Emergencia de la Junta Escolar No. 2020-2

Con sujeción a las excepciones que se indican a continuación, todas las personas, incluyendo estudiantes, empleados, visitantes y vendedores, deben usar una mascarilla que cubra tanto la nariz como la boca en todo momento mientras se encuentren en o dentro de cualquier edificio, facilidad o autobús u otro vehículo que sea propiedad de la Junta Escolar o esté arrendado u operado por ella.

Certificación Médica No se exigirá el uso de una mascarilla a las personas que presenten a los funcionarios de la escuela esta certificación de un proveedor de servicios de salud licenciado de que la persona tiene una contraindicación médica, física o psicológica que impide que pueda usar una mascarilla con seguridad.

Nombre del estudiante/empleador (letra de molde) _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Escuela de Estudiante _____ Grado _____

Lugar de Trabajo del Empleado _____ Núm. de Identificación de Empleado (A#) _____

Como padre/tutor de _____,
Nombre de Estudiante Fecha de Nacimiento

Por la presente solicito que mi hijo/a sea eximido/a del requisito de la Política de Cubierta de Cara COVID-19 para el año escolar 2020-2021 debido a la razón seleccionada abajo:

Mi hijo/a no puede usar una mascarilla

Mi hijo/a no puede usar un protector facial

Entiendo que, para la seguridad de todos, la exención de la cobertura de la cara puede resultar en visitas adicionales a la clínica de salud de la escuela, distanciamiento social estratégico, EPP adicional y/u otros protocolos de seguridad para mantener la salud.

Nombre del padre/tutor/empleador _____ Firma del padre/tutor/empleador _____ Fecha _____
(en letra de molde)

SÓLO PARA PROVEEDOR DE SALUD CON LICENCIA (médico/psicólogo, etc.):

Certifico que _____ no puede usar mascarilla protector facial o ambas
Nombre y apellido (letra de molde)

debido a una contraindicación médica, física o psicológica.

Número de licencia de Proveedor de Salud _____ Número telefónico del Proveedor de Salud _____

Nombre del proveedor de salud con licencia _____ Firma del proveedor de salud con licencia _____ Fecha _____
(en letra de molde)

Distribution: Original – School/Employee File