

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS****Pedido de Serviços Instrucionais Provisórios, SOMENTE com Condição de Saúde Física Qualificada**

**Department of Career Readiness and Innovative Programs**  
**(Departamento de Preparação para Carreira e Programas Inovadores)**  
**Interim Instructional Services (Serviços Instrucionais Interinos)**  
 MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)  
 CESC, Room 248, Rockville, Maryland

**Atenção:** Este formulário é usado pelo Gabinete de Serviços Instrucionais Interinos (IIS) para obter recomendação de um médico ou enfermeiro certificado e permissão dos pais/responsáveis para iniciar instrução para alunos com uma condição de saúde física. **Devolva a solicitação preenchida ao conselheiro escolar do aluno ou ao diretor/representante.** Para mais informações, consulte o Regulamento IOE-RB de MCPS, *Serviços Instrucionais Interinos*.

**Uma nova solicitação preenchida é necessária para a continuação do serviço por mais de 60 dias corridos.**

**I. A SER PREENCHIDO PELO PAI/RESPONSÁVEL. ESCREVA EM LETRA DE FÔRMA OU DIGITE.**

Nome Completo do Aluno (Primeiro, Último, do Meio) \_\_\_\_\_ No. de ID de MCPS \_\_\_\_\_

Escola MCPS \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ Último dia de comparecimento à escola \_\_\_\_\_

O endereço residencial do aluno registrado em MCPS está correto:  Sim  Não *(Se não estiver correto, você deve atualizar seu endereço com a escola local do aluno)*

Nome do Pai/Responsável (em letra de fôrma) \_\_\_\_\_

No. de Telefone do Pai/Responsável Residencial \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Endereço de E-mail do Pai/Responsável \_\_\_\_\_

Relação  Mãe  Pai  Responsável  Outro (especifique) \_\_\_\_\_

Nome do Pai/Responsável (em letra de fôrma) \_\_\_\_\_

No. de Telefone do Pai/Responsável Residencial \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Endereço de E-mail do Pai/Responsável \_\_\_\_\_

Relação  Mãe  Pai  Responsável  Outro (especifique) \_\_\_\_\_

Marque os horários em que seu filho está disponível para instrução:  Dias de semana  Início da Noite  Fins de Semana

Autorizo Montgomery County Public Schools (MCPS) a consultar o médico/enfermeiro certificado que trata meu filho para confirmar o diagnóstico e/ou esclarecer as anotações médicas. Estou ciente de que MCPS tem o direito de reter o serviço até que a necessidade de Serviços Instrucionais Provisórios seja confirmada.

Assinatura do Pai/Responsável \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**II. A SER PREENCHIDO PELO CONSELHEIRO/DIRETOR/REPRESENTANTE. ESCREVA EM LETRA DE FÔRMA OU DIGITE.**

Does this student have?  Individualized Education Program (IEP)  Section 504 Plan *(please notify IIS office when IIS IEP is complete).*

Date application given to parent/guardian \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date application returned from parent/guardian \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date school submitted application to IIS Office \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I understand that after 30 days of beginning IIS, the student's counselor and/or school team will develop a return to school plan as appropriate.

Counselor/Principal/Designee Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COUNSELOR/PRINCIPAL/DESIGNEE SHOULD SCAN AND E-MAIL THE COMPLETED APPLICATION TO IISOFFICE@MCPSMD.ORG**

**PAI/RESPONSÁVEL: POR FAVOR, FAÇA QUE O MÉDICO LICENCIADO DO ALUNO OU O ENFERMEIRO CERTIFICADO PREENCHA A PÁGINA 2 DESTES FORMULÁRIO E, EM SEGUIDA, ENVIE A INSCRIÇÃO COMPLETA PARA A ESCOLA.**