

*Acuerdo de Máscara Protectora / Cobertura Facial de las Escuelas
Públicas de West Point*

Para contener la propagación de COVID-19, por recomendación del Departamento de Salud Pública de Elkhorn Logan Valley junto con las pautas publicadas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, el plan de reapertura del distrito de las Escuelas Públicas de West Point incluye varias instancias en las que es posible que todas las personas requieran el uso de máscaras protectoras o cubiertas para la cara mientras se encuentren en la propiedad del distrito o en vehículos propiedad del distrito durante el año escolar 2020-2021. Estos casos pueden incluir situaciones en las que el distanciamiento social no es posible, en salones compartidos con múltiples grupos / niveles de grado, en salones compartidos con miembros del personal o estudiantes inmunodeprimidos, o en toda la escuela debido al nivel de riesgo de COVID-19 evaluado en nuestra comunidad. Además, las Escuelas Públicas de West Point se reservan el derecho de exigir máscaras protectoras o cubiertas faciales en cualquier momento que consideren que es lo mejor para proteger la salud de nuestros estudiantes, personal o comunidad. Si su hijo no puede usar una máscara protectora o una cubierta facial debido a una afección médica diagnosticada, pídale a su médico de atención primaria que complete la sección a continuación, fírmela e incluya su firma como padre / tutor del estudiante.

Al firmar este formulario, tanto el médico como el padre / tutor están verificando que la condición médica diagnosticada del estudiante los hace incapaces de usar una máscara protectora o una cubierta facial, y ambos comprenden el riesgo inherente que representa no solo para el estudiante, sino también a quienes los rodean al no usar una máscara protectora o cubrirse la cara cuando las Escuelas Públicas de West Point lo consideren necesario.

Estudiante _____ Grado _____

Descripción de una condición médica que hace que el estudiante no pueda usar una máscara protectora o cubrirse la cara

Firma del Medico _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____