

## PHYSICIAN'S RECOMMENDATION FOR HOMEBOUND SERVICES

### STUDENT INFORMATION (PLEASE PRINT)

Student's Legal Last Name

First Name

Date of Birth

Address Number and Street Name – Apt. #

City

Zip Code

Home Phone Number

Alternate Phone Number

School

Grade

Is the above named child unable to attend school because of a medical condition?  Yes  No

Can the pupil attend school on a part-time basis?  Yes If yes, for how long: \_\_\_\_\_  No

*\*\*Pupils able to attend school part-time are expected to do so and do not qualify for homebound/hospitalized service.*

Medical Condition / Diagnosis: \_\_\_\_\_

Is the student's medical condition contagious?  Yes  No

Does the medical condition require the child to be confined to the home or hospitalized?  Yes  No

Can the child physically participate in instructional services at home or while hospitalized?  Yes  No

*\*\*Instructional services are 45 minutes two (2) days a week and Special Education instructional services are 60 minutes two (2) days a week.*

Child restriction/s: \_\_\_\_\_

What is the probable length of time the student will require homebound services Weeks: \_\_\_\_\_ Months: \_\_\_\_\_

Date when services may begin: \_\_\_\_\_

Physician's Printed Name: \_\_\_\_\_

Physician Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone Number: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

.....  
**Office use only**

Reviewed and Approved by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Service Provider: \_\_\_\_\_ Service Start Date: \_\_\_\_\_

Dearborn Public Schools

**Howe School**

22586 Ann Arbor Trail • Dearborn Heights • Michigan • 48127

Phone (313) 827-7000 • Fax (313) 827-7005

# مدارس ديربورن الرسمية

## توصيات الطبيب لخدمة التعليم المنزلي لأسباب صحية

معلومات الطالب ( الرجاء كتابة الاسم )

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
تاريخ اليوم	الاسم الأول	كنية الطالب الرسمية
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
الرمز البريدي	المدينة	عنوان البيت
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
رقم هاتف بديل	رقم الهاتف المنزلي	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
الصف	اسم المدرسة	

- هل السبب الذي منع الطالب المذكور اسمه اعلاه من حضور المدرسة هو سبب صحي؟  نعم  لا
- هل يستطيع الطالب حضور المدرسة بشكل جزئي؟  نعم ، اذا كانت الاجابة نعم ، كم من الوقت  لا
- \*\* اذا كان الطالب قادراً على الالتحاق بالمدرسة بعض الوقت فمن المتوقع قيامه بذلك ولا يمكن له الاستفادة من خدمات هذا البرنامج. \*\*

الحالة الصحية : (التشخيص)-----

- هل الحالة الصحية للطالب معدية؟  نعم  لا
- هل تستوجب الحالة الصحية من الطالب البقاء (العزل) في البيت او المشفى؟  نعم  لا
- هل يستطيع الطالب المشاركة جسدياً في النشاطات المدرسية خلال وجوده في البيت او المشفى؟  نعم  لا
- \*\* الوقت المحدد للجلسة التعليمي 45 دقيقة للطالب العادي و ساعة كاملة لطالب الاحتياجات الخاصة مرتين اسبوعياً. \*\*
- المحظورات على الطالب: \_\_\_\_\_
- كم من الوقت يتوقع تقديم هذه الخدمة للطالب: ----- أسبوع ----- شهر
- تاريخ بدء الخدمة:-----
- اسم الطبيب المختص:----- توقيع الطبيب المختص:-----
- العنوان :------ المدينة:----- الرمز البريدي:-----
- رقم الهاتف:----- رقم الفاكس:-----

### لإستخدام المكتب فقط

تمت مراجعته و التصديق عليه من قبل :----- التاريخ:-----

مقدم الخدمة ----- تاريخ بدء الخدمة :-----

Dearborn Public Schools

Howe School

22586 Ann Arbor Trail • Dearborn Heights • Michigan • 48127

Phone (313) 827-7000 • Fax (313) 827-7005