

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

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 :-----