

**SCHOOL REQUEST FOR HOMEBOUND
INSTRUCTION**

STUDENT INFORMATION (PLEASE PRINT)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Student's Legal Last Name	First Name	Today's Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Student Number	Sex	Date of Birth
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Address Number and Street Name – Apt. #	City	Zip Code
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Parent Name	Phone Number	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
School	Teacher / Counselor	Grade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Special Education	General Education	

Diagnosis

To The Administrator:

In order for a student to qualify for homebound/hospitalized instruction, he/she must be determined by a licensed physician to be unable to participate in the regular school setting for a period of more than five consecutive school days. Homebound instruction may begin immediately following an accident, injury or illness upon receipt of a physician's diagnosis and prognosis.

Written authorization from the school administrator is also required. The homebound/hospitalized teacher will contact the principal, counselor, or teacher regarding homework assignments within three days of receiving the school request and physician's medical authorization.

Signature of School Administrator: _____ Date: _____

**Please fax completed form along with Physician's Recommendation for Homebound Services to: Nicole West
X 77052**

.....
Office use only

Reviewed and Approved by: _____ Date: _____

Date Assigned: _____ Initial Service Date: _____ Return Date: _____

مدارس ديربورن الرسمية

طلب المدرسة للحصول على تعليمات زيارات المنزلية

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"/>
تاريخ الميلاد	الجنس	رقم الطالب
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
الرمز البريدي	المدينة	عنوان البيت
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	رقم الهاتف	اسم ولي الأمر
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
الصف	اسم المعلم / الموجهه	اسم المدرسة
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	التعليم العام	التعليم الخاص
<input type="text"/>		

التشخيص

إلى الإداريين:

كي يستحق الطالب الحصول على فرصة التعلم في البيت لاسباب صحية ، يجب أن يتم الكشف عليه من قبل طبيب مرخص ايثبت بأن الطالب غير قادر على الحضور الى المدرسة مدة خمسة أيام متتالية لأسباب صحية. من الممكن البدء بتقديم هذه الخدمة الى الطلاب عقب استلام تقرير الحادث أو الإصابة أو المرض من قبل الطبيب المختص.

كما و يجب الحصول على إذن خطي من مدير المدرسة. سوف يتصل المعلم المسؤول عن التعليم المنزلي لاسباب صحية بموجه او معلم الطالب للإطلاع على الواجبات المنزلية في غضون ثلاثة أيام من تلقي طلب المدرسة وإذن الطبيب المختص.

توقيع اداري المدرسة: _____ التاريخ: _____

نرجو منكم ارسال هذا الطلب مع التقرير الطبي عبر الفاكس إلى السيدة نيكول وست مقسم رقم # 77052

لإستخدام المكتب فقط

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

تاريخ التعيين :----- تاريخ بدء الخدمة :----- تاريخ العودة:-----