

POTVRDA O OSLOBAJANJU OD ZAHTJEVA ZA MASKE

U ovom trenutku gradske škole Urbandale („Distrikt“) poduzimaju razumne mjere kako bi spriječile širenje infekcije COVID-19 u skladu s važećim državnim i saveznim smjernicama, uključujući i zahtijevanje upotrebe (2-slojne) maske za lice ili maske („Maska“) u postavkama koje određuje Distrikt („Zahtjevi za maske“).

Potpisivanjem ove potvrde o oslobađanju izjavljujete i potvrđujete da vi ili vaše dijete ispunjavate uslove za izuzeće od zahtjeva Distrikta za masku kako je dole navedeno:

_____ (Ime) _____ (Datum rođenja)

Za Zdravstvene Izuzetke:

_____ (Ime) ispunjava uslove jer su, prema mišljenju liječnika s licencom Iowe (MD ili DO), medicinske sestre ili pomoćnika liječnika, takvi zahtjevi medicinski kontraindicirani jer bi maske bile štetne za zdravlje i dobrobit osobe. Distrikt može zatražiti dodatnu medicinsku dokumentaciju za provjeru zdravstvenog stanja osobe i njen utjecaj na zahtjev za maskom, kao i za procjenu mogućih izmjena tih zahtjeva.

Potpisivanjem ove Potvrde o oslobađanju od zahtjeva Distrikta za maske, dodatno prihvatate i razumijete da ne upotreba maski može povećati rizik za vas ili vaše dijete, ili druge, od zaraze, prenošenja i širenja infekcije COVID-19. Alternative maskama mogu se primijeniti kao razumna prilagodba. Osoba kojoj je odobreno medicinsko ili vjersko izuzeće može biti isključena iz škole i školskih aktivnosti tokom izbijanja infekcije COVID-19. **Molimo vas da ovaj ispunjeni obrazac vratite školskoj medicinskoj sestri.**

Potpis Roditelja/Staratelja Ime štampanim slovima Datum

MD/DO/NP/PA Signature Print Name and License No. Date

(If medical exemption will end at a future date, please state date of expiration: _____)

Za Vjerske Izuzetke:

_____ (Ime) ispunjava uvjete jer su takvi zahtjevi u sukobu s istinskim i iskrenim vjerskim uvjerenjem osobe, koje je u stvari vjersko i ne temelji se samo na filozofskom, znanstvenom, moralnom, osobnom ili medicinskom protivljenju nošenja maske.

Potpisivanjem ove Potvrde o oslobađanju od zahtjeva Distrikta za maske, dodatno prihvatate i razumijete da ne upotreba maski može povećati rizik za vas ili vaše dijete, ili druge, od zaraze, prenošenja i širenja infekcije COVID-19. Alternative maskama mogu se primijeniti kao razumna prilagodba. Osoba kojoj je odobreno medicinsko ili vjersko izuzeće može biti isključena iz škole i školskih aktivnosti tokom izbijanja infekcije COVID-19. **Molimo vas da ovaj ispunjeni obrazac vratite školskoj medicinskoj sestri.**

Potvrđujem pod kaznom lažnog svjedočenja i u skladu sa zakonima države Iowa da je prethodno tačno i ispravno. Vjersko izuzeće vrijedi samo ako je ovjereno kod notara.

_____	_____	_____
Potpis roditelja/staratelja	Ime štampanim slovima	Datum

Sworn and subscribed to before me, a Notary Public in and for the State of Iowa, this _____ day of _____, 20_____.

Notary Public