



Student Enrollment MEDICAL Waiver Application

Parents/Guardians must provide transportation to assigned school unless transportation is already set-up and there are seats available on the bus.

School Year: _____

Received by: _____

Date: _____

Section I

Name of Pupil: _____ Student I.D. _____
Last First Middle

Date of Pupil's Birth: _____ Grade: _____ Sex: _____ Special Education: Yes No **SDM** _____
(MM/DD/YR)

Section II

Father: _____ Address: _____
(Or Legal Guardian) Street City State Zip

Home Phone: _____ Business Phone: _____ Cell Phone: _____

Mother: _____ Address: _____
(Or Legal Guardian) Street City State Zip

Home Phone: _____ Business Phone: _____ Cell Phone: _____

Section III *A letter from parent along with physician documentation must accompany this request.*

Please have the physician provide all the following documentation for this waiver to be considered:

1. Medical condition
2. Date of diagnosis
3. Severity of condition
4. Frequency of condition
5. Number of hospitalizations, if any
6. Medication required
7. Additional information or procedure to be performed
8. Doctor's statement as to specifically why only the requested school meets the needs of the student

Section IV Current School Information

Has student participated in sports and/or other extracurricular activities at the currently assigned school? Yes No

If yes, what sports or activities? _____

*This student **MAY NOT** be eligible to participate in sports at the school assigned via waiver process.*

School to which student is currently enrolled: _____ Zone: _____

School to which waiver is requested: _____ Zone: _____

Section V

Falsification of Information: Falsification of information on transfer or appeal requests with the intent to circumvent established procedures or to unfairly gain advantage over other applicant is considered a serious offense. Section 837.06, Florida Statute. This approval is contingent upon adherence to the Lee County School Board policies. Excessive absences and/or tardiness may result in the waiver being rescinded. In addition, behavior in violation of the Code of Student Conduct may result in the waiver being rescinded.

Signature of Parent or Legal Guardian

Date

Medical Waiver Approved Disapproved Date: _____ Signature: _____

Level 2 Approved Disapproved Date: _____ Signature: _____

Level 3 Approved Disapproved Date: _____ Signature: _____



Solicitud de exención médica de inscripción estudiantil

School Year: _____

Received by: _____

Date: _____

Los padres / tutores deben proporcionar transporte a la escuela asignada a menos que el transporte ya esté configurado y haya asientos disponibles en el autobús

Sección I

Nombre del Estudiante: _____ No. de Identificación _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Sexo: _____ Educación Especial: Si No **SDM** _____
Mes Día Año

Sección II

Padre: _____ Dirección: _____
(O tutor legal) Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono. del Hogar: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____

Madre: _____ Dirección: _____
(O tutor legal) Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono. del Hogar: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____

Sección III Una carta de los padres junto con la documentación del médico debe acompañar esta solicitud.

Haga que el médico proporcione toda la siguiente documentación para que se considere esta exención.

1. Condición médica
2. Fecha de diagnóstico
3. Gravedad de la condición
4. Frecuencia de la condición
5. Número de hospitalizaciones, si las hay.
6. Medicación requerida
7. Información adicional o procedimiento a realizar
8. Declaración del médico sobre por qué solo la escuela solicitada satisface las necesidades del estudiante

Sección VI Información actual de la escuela

¿Ha participado el estudiante en deportes u otras actividades extracurriculares en la escuela asignada actualmente? Si No

En caso afirmativo, ¿qué deportes o actividades? _____

*Este estudiante **NO PUEDE** ser elegible para participar en deportes en la escuela asignada mediante el proceso de exención.*

Escuela a la que el estudiante está matriculado actualmente: _____ Zone: _____

Escuela a la que se solicita la exención: _____ Zone: _____

Sección V

Falsificación de información: la falsificación de información sobre solicitudes de transferencia o apelación con la intención de eludir los procedimientos establecidos o de obtener una ventaja injusta sobre otro solicitante se considera un delito grave. Sección 837.06, Estatuto de Florida. Esta aprobación depende de la adhesión a las políticas de la Junta Escolar del Condado de Lee. Ausencias excesivas y / o tardanzas pueden resultar en la renuncia de la renuncia. Además, el comportamiento en violación del Código de Conducta del Estudiante puede resultar en la anulación de la exención.

Firma del padre o tutor legal

Fecha:

Medical Waiver Aprobado Desaprobado Fecha: _____ Firma: _____

Nivel 2 Aprobado Desaprobado Fecha: _____ Firma: _____

Nivel 3 Aprobado Desaprobado Fecha: _____ Firma: _____