

## طلب التسجيل الافتراضي عبر الإنترنت بسبب كوفيد-19

يرجى أكمل تعبئة هذه الاستمارة بالكامل وتقديمها إلى موظف التسجيل في المدرسة الملتحق بها الطالب حالياً.  
لا يمكن متابعة النظر بالطلب المقدم حتى يتم تقديم كافة الوثائق المطلوبة.

<b>الجزء I: يتم أكمل هذا الجزء من قبل ولي أمر الطالب/ الوصي الشرعي</b>			
اسم الطالب	اسم المدرسة	الولاية	الرمز البريدي
عنوان الطالب	المدينة	رقم الهاتف	رقم هوية الطالب:
اسم ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي		البريد الإلكتروني	
<b>موافقة الوالدين:</b> أقض بموجب هذا التحويل _____ ومدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) مناقشة (الجهة المزودة بالرعاية الصحية) المعلومات الواردة في هذه الوثيقة أو المتعلقة بها، أو الأوصاح عنها أو تبادلها، أو الأوصاح عن معلومات من سجلات الطالب التعليمية والطبية بخصوص طلب لتسجيل الطالب المشار إليه أعلاه عبر الإنترنت بسبب كوفيد-19. أفهم أن المعلومات التي تتم مناقشتها، أو الأوصاح عنها، أو تبادلها قد تكون معلومات خطية و/ أو شفوية، وسيتم مناقشتها أو الأوصاح عنها أو تبادلها فقط لغرض تحديد ما إذا كان التسجيل الافتراضي عبر الإنترنت مناسباً للطالب المشار إليه أعلاه. كما أفهم بأن طلبات التسجيل الافتراضي بسبب كوفيد-19 تخضع لموافقة مدارس FCPS بناءً على المعايير التالية: • تقديم وثائق عن الاحتياجات الصحية/الطبية بسبب كوفيد-19 من طبيب مرخص، أو ممرض ممارس، أو طبيب نفسي، أو أخصائي نفسي سريري مرخص ؛ و • تقديم وثائق من طبيب مرخص، أو ممرض ممارس، أو طبيب نفسي، أو أخصائي نفسي سريري مرخص تشير إلى أن الطالب <b>يستوجب</b> التعليم الافتراضي على الإنترنت نتيجة احتياجات صحية/طبية بسبب كوفيد-19.			
توقيع ولي الأمر / الوصي الشرعي:		التاريخ:	
<b>الجزء II. يتم أكمل هذا الجزء من قبل طبيب مرخص، أو ممرض ممارس، أو طبيب نفسي، أو أخصائي نفسي سريري مرخص</b> أشار ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي المذكور أعلاه، نيابة عن الطالب أو الطالب البالغ، إلى أن التسجيل الافتراضي عبر الإنترنت في المدرسة مطلوب للطالب نتيجة لإحتياجات صحية/طبية بسبب كوفيد-19. يرجى تقديم وثائق حول كيفية دعم التسجيل الافتراضي عبر الإنترنت لخطة علاج الطالب من خلال الإجابة على كل سؤال أدناه. <b>يجب أكمل الإجابة عن هذه الاستمارة بالكامل.</b> جميع المعلومات المقدمة مع هذا الطلب خاضعة للتحقق من صحتها.			
بداية تقديم الرعاية		تاريخ آخر زيارة لطبيب	
التشخيص الحالي أو سبب العلاج المتعلق بكوفيد-19: يجب أن يتضمن الرمز (ICD-10 أو DSM-5)			
وصف تأثير الحالة الصحية/الطبية للطالب بسبب كوفيد-19، والتي تتطلب مشاركة الطالب في التعليم الافتراضي عبر الإنترنت؟			
اسم الجهة المزودة بالرعاية الصحية		اسم العيادة	
عنوان العيادة			
رقم الهاتف	رقم الفاكس	البريد الإلكتروني	
التوقيع الأصلي لمقدم الرعاية الصحية (مطلوب)		التاريخ	
يرجى تقديم أية معلومات أو وثائق إضافية على ورقة صادرة من الجهة المقدمة للرعاية الصحية وإرفاقها مع الطلب.			

## COVID-19 Health Eligibility Form

Please complete this form in its entirety and submit to [virtualenrollment@fcps.edu](mailto:virtualenrollment@fcps.edu).  
The application cannot be processed until all required documentation is submitted.

### PART I: TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN

Student Name	School Name	Student ID #	Requested School Year
Student Address	City	State	Zip Code
Parent or Guardian Name	Email		

**PARENTAL CONSENT:** I hereby authorize \_\_\_\_\_ (healthcare provider) and Fairfax County Public Schools (FCPS) to discuss, release, or exchange information contained in or related to this form, or release information from my child's education and medical records concerning my request for virtual enrollment for the above-referenced student **due to COVID-19**. I understand that the information that is discussed, released or exchanged may be written and/or verbal, and will only be discussed, released or exchanged for the purpose of determining whether virtual enrollment is appropriate for the above-referenced student.

Further, I understand that COVID-19 virtual enrollment requests are subject to approval by FCPS based on the following criteria:

- Documentation of a health/medical need **due to COVID-19** from a licensed physician, nurse practitioner, psychiatrist, or licensed clinical psychologist; **AND**,
- Documentation from a licensed physician, nurse practitioner, psychiatrist, or licensed clinical psychologist indicating that the student **REQUIRES** virtual instruction because of a health/medical need **due to COVID-19**.

\_\_\_\_\_  
Parent or Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### PART II. TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, PSYCHIATRIST OR LICENSED CLINICAL PSYCHOLOGIST

The above-named parent/guardian, on behalf of their student, or adult student has indicated virtual school enrollment is required for the student due to the student's health/medical need **as a result of COVID-19**. Please provide documentation on how virtual enrollment supports the student's treatment plan by responding to each question below. ***This form must be completed in its entirety.*** All information provided with this request is subject to verification.

Onset of Care	Date of Last Patient Visit
---------------	----------------------------

Current Diagnosis or Reason for Treatment as Related to COVID-19

Describe the impact of the student's health/medical condition, due to COVID-19, that requires the student to participate in virtual instruction?

Printed Name of Health Care Provider	Practice Name
--------------------------------------	---------------

Practice Address

Phone Number	Fax Number	Email
--------------	------------	-------

Original Signature of Healthcare Provider (Required)	Date
--	------

Please provide any additional information or documentation on healthcare provider letterhead to attach with request.