



Solicitud de exención médica de las pruebas

FORMULARIO 1: FORMULARIO DE GARANTÍAS DEL DISTRITO

Modo de empleo: Hay tres pasos para enviar una exención a RIDE:

- 1) Toda la información del Formulario 1 debe completarse y enviarse por fax al 401-222-3605. No se aceptarán los formularios incompletos y los formularios presentados después de la fecha límite.
- 2) La solicitud debe registrarse a través del Sistema estatal de solicitudes de exención de evaluación de eRIDE
- 3) El Distrito debe completar y retener los formularios 2 y 3.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

SASID (1000XXXX)

Garantías por distrito:	Sí	No	n/a	Comentarios:
1. Se consultó al estudiante antes de enviar esta solicitud.				
2. El estudiante está de acuerdo con esta solicitud.				
3. Se consultó a los padres/ tutores antes de la presentación de la solicitud.				
4. Un padre/tutor firmó un Formulario 2 para documentar su participación en la solicitud de exención.				
5. Un padre/tutor indicó en el Formulario 2 que dan permiso a la persona de contacto que se indica a continuación para compartir información relevante sobre esta solicitud ante RIDE. <i>Si el padre no dio permiso, vaya a la pregunta 7.</i>				
6. Describa brevemente la emergencia médica o enfermedad grave:				
7. Un médico tratante/profesional de la salud mental con licencia firmó el Formulario 3 donde indicó que este estudiante no puede asistir a la escuela o participar en actividades de aprendizaje u otras actividades educativas, incluso con ajustes en su horario escolar, ubicación (tutoría domiciliaria) u otros apoyos o acomodaciones.				
8. Un médico tratante/profesional de la salud mental con licencia firmó el Formulario 3 donde indicó que el estudiante no puede participar en la evaluación estatal, incluso con acomodaciones u otros apoyos.				
9. Información de contacto del administrador del distrito o de la escuela más informado sobre la situación de este estudiante y quien estará disponible para responder cualquier pregunta (imprimir): Nombre: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____				

Certifico que la información contenida en esta solicitud es completa y exacta.

Nombre del superintendente (imprimir)	Firma del superintendente	Fecha	Distrito	Número de teléfono