



COVID-19 Medical Exemption Eligibility Form

STUDENT INFORMATION: TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN

Student Name: _____ School: _____

Date of Birth: _____ Student ID: _____ Grade: _____

Parent/Guardian Name: _____ Home Phone: _____

Address: _____ Cell Phone: _____

Email Address: _____ Work Phone: _____

PARENTAL CONSENT: I hereby authorize _____ (health care provider) and East Aurora District 131 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 medical exemption from wearing a mask in school for the above-referenced student. 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 medical exemption from wearing a mask in school is appropriate for the above-referenced student.

Further, I understand that the mask exception eligibility request is subject to approval by East Aurora District 131

Parent/Guardian Signature: _____

MEDICAL PROVIDER INFORMATION: TO BE COMPLETED BY A LICENSED MEDICAL PROVIDER

Medical Provider Name: _____ NPI: _____

Medical Provider (Please circle): Physician Physician’s Assistant Advanced Practice Registered Nurse

Phone: _____ Fax: _____ Email: _____

Medical Provider’s Signature: _____ Date: _____

STUDENT ELIGIBILITY: TO BE COMPLETED BY A LICENSED MEDICAL PROVIDER

Onset of Care: _____ Date of Last Patient Visit: _____

Current
Diagnosis _____



EAST AURORA
SCHOOL DISTRICT 131

Dr. Jennifer Norrell, Superintendent of Schools
Administrative Center
310 Seminary Avenue • Aurora, IL 60505
d131.org • (630) 299-5554

Describe the impact of the student's health/medical condition that would require the student to be exempt from wearing a mask:

*Please scan and email form to Kpatrick@d131.org or drop off form from 7:30 – 4:30 p.m.at:

Attention: Ms. Kara Patrick

East Aurora School District 131

Administrative Center

310 Seminary Avenue

Aurora, IL 60505



Formulario de exención médica de Covid-19

Información del Estudiante: A completar por Padre/Tutor

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____ ID del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Teléfono Móvil: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono del trabajo: _____

Autorización de los padres: Autorizo a _____ (Proveedor de servicios de salud) y East Aurora District 131 para discutir, liberar o intercambiar información contenida en o relacionada con este formulario, o liberar información de los registros educativos y médicos de mi hijo(a) en relación con mi solicitud medica de exclusión del uso de una máscara en la escuela del para el estudiante mencionado anteriormente. Entiendo que la información que se discuta, divulgue o intercambie puede ser escrita y/o verbal y sólo se discutirá, divulgará o intercambiará con el propósito de determinar si la exclusión médica del aprendizaje en persona es apropiada para el estudiante mencionado anteriormente.

Además, entiendo que la solicitud para la excepción de la máscara está sujeta a la aprobación del East Aurora District 131.

Firma de Padre/Tutor: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR MÉDICO: DEBE SER COMPLETADA POR UN PROVEEDOR MÉDICO LICENCIADO

Nombre del proveedor médico: _____ NPI: _____

Proveedor médico (Por favor, marque un círculo): Médico (MD) Asistente de Médico (PA)
Enfermero Registrado de Práctica Avanzada (APRN)

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____

Firma de proveedor médico: _____ Fecha: _____

ELEGIBILIDAD DEL ESTUDIANTE: DEBE SER COMPLETADO POR UN PROVEEDOR MÉDICO LICENCIADO



EAST AURORA
SCHOOL DISTRICT 131

Dr. Jennifer Norrell, Superintendent of Schools
Administrative Center
310 Seminary Avenue • Aurora, IL 60505
d131.org • (630) 299-5554

Inicio de la
atención: _____
Fecha de la última visita de paciente: _____

Diagnóstico actual

Describe la repercusión de la condición de salud/médica del estudiante que requeriría la exención del uso de la máscara:

* Por favor, escanea el formulario y envíalo por correo electrónico a Kpatrick@d131.org o entrégalo de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. en:

East Aurora School District 131
Administrative Center
310 Seminary Avenue
Aurora, IL 60505