



## PHYSICIAN'S VERIFICATION: / VÉRIFICATION DU MÉDECIN Physical Conditions / Conditions physiques

This form is used to obtain the **recommendation** of a licensed physician to initiate Home and Hospital Teaching (HHT) services for students who have a physical condition that renders them **unable** to attend school. Written verification of the condition by a licensed physician/nurse practitioner, and confirmation that the identified student is under the care of the verifying physician, is required to process a request for HHT. School personnel may need to contact the referring physician for additional information necessary to determine eligibility. Services may be denied if the medical person cannot be reached within five days of the initial attempt to make contact. Your signature below provides authorization for the physician to **release information** to PGCPS staff.

*Ce formulaire est utilisé pour obtenir la recommandation d'un médecin agréé afin de mettre en place des services d'enseignement à domicile et à l'hôpital (HHT en anglais) pour les élèves dont l'état physique les empêche de fréquenter l'école. Une attestation écrite de l'état de santé faite par un médecin ou une infirmière diplômée, et la confirmation que l'élève identifié est suivi par le médecin attestant, sont nécessaires pour traiter une demande de HHT. Le personnel de l'école peut avoir besoin de contacter le médecin traitant pour obtenir des informations supplémentaires nécessaires à la détermination de l'éligibilité. Les services peuvent être refusés si le médecin ne peut être joint dans les cinq jours suivant la première tentative de contact. Votre signature ci-dessous autorise le médecin à divulguer des informations au personnel de PGCPS.*

Parent's signature: / Signature du parent :

Date :

### Student Information / Information de l'élève :

Student Name: / Nom de l'élève :

Date of Birth: / Date de naissance :

School Name: / Nom de l'école :

Student Grade: / Classe de l'élève :

Student PGCPS ID#: / Numéro d'identité PGCPS de l'élève :

### Information for Health Care Provider Consideration:

- In many cases, the school team can work with the family of a student experiencing health challenges to accommodate the student in school.
- The parent/guardian and the school team should discuss accommodations that may be available in some cases.
- This form must be completed by the Health Care Provider treating the student every 60 calendar days.
- Home and Hospital Teaching is not intended to replace school attendance (35 hours of instruction per week).
- Approved students receiving Home and Hospital Teaching receive approximately 6 hours of instruction per week.
- Additional pertinent medical information regarding the student's case may be attached for review.
- Prince George's County Public Schools **does not offer online or virtual school** in lieu of regular school attendance.

### Informations à l'attention du prestataire de soins de santé :

- Dans de nombreux cas, l'équipe scolaire peut être en mesure de travailler avec la famille d'un élève ayant des problèmes de santé afin de l'accueillir à l'école.
- Le parent/tuteur et l'équipe scolaire doivent discuter des aménagements qui peuvent être disponibles dans certains cas.
- Ce formulaire doit être rempli par le prestataire de soins de santé qui traite l'élève tous les 60 jours calendaires.
- L'enseignement à domicile et à l'hôpital n'est pas destiné à remplacer l'enseignement scolaire (35 heures de cours par semaine).
- Les étudiants approuvés recevant un enseignement à domicile et à l'hôpital reçoivent environ 6 heures de cours par semaine.
- D'autres informations médicales pertinentes concernant le cas de l'élève peuvent être jointes pour un examen.
- Les Écoles publiques du comté de Prince George ne **proposent pas de cours en ligne ou virtuels** en lieu et place de la fréquentation scolaire normale.

### Medical Information for Home & Hospital Teaching Determination:

#### Informations médicales pour la détermination de l'enseignement à domicile et à l'hôpital

1. Indicate the **diagnosis** that will prevent the student from attending school for 20 or more days.  
Indiquez le **diagnostic** qui empêchera l'élève de fréquenter l'école pendant 20 jours ou plus.

## PHYSICIAN'S VERIFICATION:/VÉRIFICATION DU MÉDECIN : Physical Conditions (CONTINUED)/Conditions physiques (SUITE)

<b>2. Date HHT services should begin</b> <i>Date à laquelle les services HHT devraient commencer :</i>	Anticipated <b>duration</b> of service ( <b>WEEKS ONLY</b> ): <i>Durée prévue du service (SEMAINES UNIQUEMENT) :</i>
<b>3.</b> Which statement best describes how the student's medical condition impacts the student's participation in school: <i>Quel énoncé décrit le mieux l'impact de l'état de santé de l'élève sur sa participation à l'école :</i>	<input type="checkbox"/> Unable to attend school / <i>Impossibilité de fréquenter l'école</i> <input type="checkbox"/> Able to attend school intermittently as health permits <i>Capacité à fréquenter l'école de façon intermittente, en fonction de l'état de santé</i>
<b>4.</b> If the student is <b>UNABLE TO ATTEND SCHOOL</b> . Describe how the student's medical condition renders the student unable to attend school based on the diagnosis in question #1 (additional information may be attached). <i>Si l'élève est dans l'IMPOSSIBILITÉ DE FRÉQUENTER L'ÉCOLE. Décrivez comment l'état de santé de l'élève le rend incapable de fréquenter l'école sur la base du diagnostic posé à la question 1 (des informations supplémentaires peuvent être jointes).</i>	

<b>5.</b> If the student can <b>ATTEND INTERMITTENTLY AS HEALTH PERMITS</b> . Describe how the student's medical condition renders the student able to attend school intermittently as health permits based on the diagnosis in question #1 (additional information may be attached). / <i>Si l'élève est CAPABLE D'ASSISTER AUX COURS PAR INTERMITTENCE QUAND SA SANTÉ LE PERMET. Décrivez comment l'état de santé de l'élève lui permet de fréquenter l'école par intermittence si son état de santé le permet, sur la base du diagnostic établi à la question 1 (des informations supplémentaires peuvent être jointes).</i>	
<b>6.</b> I am the healthcare provider who will be treating and continuing the treatment or supervision of this student. / <i>Je suis le prestataire de soins de santé qui traitera et poursuivra le traitement ou la supervision de cet élève.</i>	<b>NO/NON    YES/OUI</b>
<b>7.</b> Date of last examination of the above-named student. / <i>Date du dernier examen de l'élève susmentionné.</i>	
<b>8.</b> Is the student currently taking medication? / <i>L'élève prend-il actuellement des médicaments ?</i>	<b>NO/NON    YES/OUI</b>

**FOR PGCPs Office of School Health Recommendation ONLY:/Bureau de la santé scolaire de PGCPs- Recommandation UNIQUEMENT :**

Medical documentation <b>SUPPORTS</b> recommendation for HHT services. <i>La documentation médicale soutient la recommandation de services HHT.</i>
Medical documentation <b>DOES NOT</b> support recommendation for HHT services. <i>La documentation médicale ne permet pas de recommander les services d'un HHT.</i>

Signature of PGCPs School Health Representative:  
 Signature du représentant de la santé scolaire de PGCPs

Date :

Student Name:/Nom de l'élève :

Date of Birth:/Date de naissance :

**PHYSICIAN'S VERIFICATION:/VÉRIFICATION DU MÉDECIN : Physical Conditions  
(CONTINUED)/Conditions physiques (SUITE)**

9. Provide the names of the medication and dosage./Indiquez le nom des médicaments et la posologie.

10. Describe the treatment plan for this student./Décrivez le plan de traitement pour cet élève :

11. PGCPS does not offer a full-time online instructional program, what accommodations would permit the student to attend school?/PGCPS ne propose pas de programme d'enseignement en ligne à temps plein, quels aménagements permettraient à l'élève de suivre les cours ?

**For Pregnant Students:/Pour les élèves enceintes :**

Indicate estimated delivery date./Indiquer la date d'accouchement prévue :

**Health Care Provider Verification:/Vérification par le prestataire de soins de santé :**

Health Care Provider's Name and Title (Print)/Nom et titre du prestataire de soins de santé (en majuscules) :

Health Care Provider:/Prestataire de soins de santé :

Licensed Physician

Nurse Practitioner/ Médecin diplômé

Infirmière praticienne

License Number:/Numéro de licence :

Contact Phone Number:/ Numéro de téléphone :

**This form is valid for 60 days from the date of the physician's signature.  
Ce formulaire est valable 60 jours à compter de la date de signature du médecin.**

Signature of Health Care Provider:/Signature du prestataire de soins de santé :

Date :

**FOR PGCPS Office of School Health Recommendation ONLY:/Bureau de la santé scolaire de PGCPS- Recommandation  
UNIQUEMENT :**

Medical documentation **SUPPORTS** recommendation for HHT services.  
La documentation médicale **soutient** la recommandation de services HHT.

Medical documentation **DOES NOT** support recommendation for HHT services.  
La documentation médicale **ne permet pas** de recommander les services d'un HHT.

Signature of PGCPS School Health Representative:

Signature du représentant de la santé scolaire de PGCPS

Date :

DSS22 REV 7/2024