DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS

The School District of Philadelphia

SHERBIMI SHENDETESOR I SHKOLLES

School Health Services

KERKESE PER TRANSPORT MJEKESOR-ÇERTIFIKATE E MJEKUT
MEDICAL TRANSPORTATION REQUEST-PHYSICIAN CERTIFICATION

Emri Nxënësit */Student's Name*	ID Nxënësit/*Student I. D.*	Data e Lindjes/*Date of Birth*
Adresa e shtëpisë/*Home Address*		
Shkolla */School*	Nr. Vend ndodhjes /*Location No.*	Rajoni/*Region*

PLOTESOHET NGA MJEKU I NXENESIT DHE KTHEHET TE INFERMIERI I SHKOLLES
TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PHYSICIAN AND RETURNED TO THE SCHOOL NURSE

Nxënësi i sipërpërmendur kërkon transport nga shtëpia në shkollë dhe anasjelltas nga Drejtoria Arsimore e Filadelfias, për arsye shëndetësore. Kjo kërkesë është duke u shqyrtuar. Ju lutemi dokumentojeni në detaje justifikimin shëndetësor, me informacionin e mëposhtëm:/
The above student is requesting transportation to and from school by the School District of Philadelphia for medical reasons. This request is under consideration. Please document in detail the medical justification for the same with the following information

1.Diagnozat /*Diagnosis*: _____

2.Data e shfaqjes */Date of onset*: _____

3.Arsyeja mjekësore, nxënësi nuk mundet të ecë, ose të udhëtojë me transport publik në dhe nga shkolla:/*Medical reason(s) student can not walk or take public transit to and from school* :

_____

4.Kur mendoni që nxënësi do të aftësohet për të udhëtuar pa shërbimin e transportit? */When do you expect the student to be able to get to and from school without transportation services*?

_____

5.Nxënësi do të zbritet dhe do të merret në një stacion autobuzi pranë shkollës, veçse nëse shprehet ndryshe. Ju lutemi jepni arsyet nëse ai nuk mund të merret dhe të zbritet në një stacion autobuzi:*/The student will be picked up and dropped off at a designated school bus stop unless this is contraindicated. Please give medical reasons student can not be picked up and dropped off at a designated bus stop*:

_____

Emri i Mjekut/*Name of Physician (PRINT)*	Firma e Mjekut/*Signature of Physician*	Data */Date*
Adresa/*Address*	Telefoni/*Phone*	

Për informacione dhe dokumente të tjerë të përkthyera në Gjuhën Shqipe, ju lutemi vizitoni uebsajtin: www.philasd.org/language/albanian