



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
**Student Face Covering Opt-Out Form**

I am notifying Miami-Dade County Public Schools of my decision to not require the below listed student to wear a mask or facial covering as recommended by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), while inside school buildings. I also understand that pursuant to section 768.38, Florida Statutes, an educational institution is not liable for damages, injury or death arising from or related to COVID-19, provided it made good faith effort to substantially comply with one or more sources or set of health standards or guidance that was authoritative or controlling at the time the cause of action is alleged to have occurred. I also understand that the provisions for parent opt out of face covering use is contingent on COVID-19 conditions in the local community and individual schools and mandated masks may be reimplemented if necessary.

**STUDENT INFORMATION**

Student Name:

School Name:

Student ID:

Date of Birth  
(D.O.B.)

Grade

Contact Number:

Email Address:

**I elect to opt out my child/student from wearing a mask or facial covering as recommended by the CDC.**

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date Submitted: \_\_\_\_\_

For Office use Only:

Date: \_\_\_\_\_

Entered in DSIS: \_\_\_\_\_  
Signature



## ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

### Formulario estudiantil para optar por la exclusión voluntaria con respecto a coberturas faciales

Estoy notificando a las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade mi decisión de no exigir que el estudiante que figura a continuación use una mascarilla o cobertura facial según lo recomendado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), mientras se encuentre dentro de los edificios escolares. También entiendo que de conformidad con la sección 768.38 de los Estatutos de Florida que una institución educativa no es responsable por daños, lesiones o muerte que surjan de o estén relacionados con la COVID-19, siempre que se haya hecho un esfuerzo de buena fe por cumplir sustancialmente con una o más fuentes o conjunto de normas u orientaciones de salud autorizadas o determinantes en el momento en que se alega que ocurrió la causa de la acción. También entiendo que las disposiciones para que los padres opten por no usar una cobertura facial depende de las condiciones de la COVID-19 en la comunidad local y las escuelas individuales y el hecho de que las mascarillas obligatorias pueden volver a implementarse si fuera necesario.

#### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante:					
Nombre de la Escuela:					
Número de Identificación del Estudiante:		Fecha de nacimiento (D.O.B.)		Grado	
Número de contacto:		Dirección de correo electrónico:			

Elijo/ opto por que mi hijo / estudiante no use una mascarilla o cobertura facial según lo recomendado por los CDC.

---

Nombre del padre de familia o tutor:: \_\_\_\_\_

Firma del padre de familia o tutor:: \_\_\_\_\_ Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

---

For Office use Only:

Date: \_\_\_\_\_

Entered in DSIS: \_\_\_\_\_  
Signature



## LEKÒL LETA MIAMI-DADE COUNTY Fòm Pou Elèv Ki Chwazi Pa Kouvri Figi

Mwen ap fè Lekòl Leta Miami-Dade County konnen desizyon mwen pou elèv ki endike anba a pa mete yon mask oswa yon kouvèti figi jan “Centers for Disease Control and Prevention (CDC)” (Sant pou Kontwòl ak Prevansyon Maladi) rekòmande, pandan li andedan bilding lekòl yo. Mwen konprann tou dapre seksyon 768.38, Lwa Florid yo, yon enstitisyon edikasyon pa responsab pou domaj, blesi oswa lanmò akòz oswa si li gen rapò ak COVID-19, depi li te fè bonjan efò an bòn fwa pou aplike youn oswa plizyè sous oswa tout kalite estanda sante oswa konsèy yo te respekte oswa yo te kontwole nan moman yo sispèk sa ki te lakòz aksyon an te rive a. Mwen konprann tou dispozisyon pou paran yo refize pou elèv yo sèvi ak kouvèti figi depann sou kondisyon COVID-19 nan kominote lokal la ak lekòl endividyèl yo epi yo ka remete mask obligatwa ankò si sa nesèsè.

### ENFÒMASYON ELÈV

Non Elèv:				
Non Lekòl:				
ID Elèv:		Dat Nesans (D.O.B.)		Ane Eskolè
Nimewo Kontak:			Adrès Imèl:	

**Mwen chwazi pou pitit mwen/elèv mwen an pa mete yon mask oswa yon kouvèti pou figi jan CDC rekòmande l la.**

Non Paran/Gadyen: \_\_\_\_\_

Siyati Paran/Gadyen: \_\_\_\_\_ Dat yo Soumèt li: \_\_\_\_\_

For Office use Only:

Date: \_\_\_\_\_

Entered in DSIS: \_\_\_\_\_

Signature