



رسالة إلى الأهل لطلب تعبئة إستمارة «طلب دعم في المدرسة
للحالة الصحية لطالب»

Letter to parents requesting completion of *Request for support at school of a student's health condition*

حضرة الوالد أو مقدّم الرعاية

لقد ذكرت بأن طفلك يعاني من حالة صحية يمكن أن تتطلب دعماً في المدرسة. بالرغم من أن دور المدرسة الرئيسي هو تقديم العلم، فإننا نرغب في التعاون معك للحفاظ على صحة طفلك وسلامته في المدرسة.

يرجى ملء الإستمارة المرفقة وعنوانها «طلب دعم في المدرسة للحالة الصحية لطالب (*Request for support at school of a student's health condition*)» باللغة الإنكليزية وإرجاعها إليّ. يجب ملء الإستمارة على أساس المعلومات التي لديك من الطبيب. (لهذه الغاية قد يكون من الأنسب أن تناقش المعلومات المطلوبة في الإستمارة مع الطبيب أولاً.) تشمل الإستمارة أجزاء يمكنك فيها أن تطلب إعطاء طفلك دواء موصوفاً من الطبيب أو تقديم مساعدة صحية أخرى.

عندما أستلم طلبك للدعم سأناقش مضمونه مع المدرسين والموظفين المعنيين ومن ثم أتصل بك مجدداً.

يرجى إبلاغي في أي وقت إذا حصل أي تغيير في المعلومات بشأن ما يحتاجه طفلك من رعاية صحية أو إذا كان بمقدوري مساعدتك.

إذا احتجت لمترجم لمساعدتك في الاتصال بالمدرسة، يرجى الاتصال بخدمة الترجمة الهاتفية على الرقم 131 450 وطلب مترجم يتحدث لغتك، يتصل المترجم بالمدرسة ويبقى على الخط لمساعدتك في محادثتك، علماً أنه لن يتم تحميلك كلفة هذه الخدمة.

وتفضلوا بقبول الاحترام

اسم المدير/ة

Name of Principal

توقيع المدير/ة

Signature of Principal

التاريخ

Date



معلومات عامة (General information)

اسم الطفل _____ تاريخ ميلاده _____
Date of birth Name of child
هل هو مسجّل في هذه المدرسة؟ (Yes) نعم (No) كلا اسم صفّه إذا كان مسجلاً _____
Class if enrolled
اسم مدرسته الحالية إذا لم يكن مسجلاً _____
Current school if not enrolled

معلومات عن وسائل الاتصال بالوالد أو مقدّم الرعاية (Parent/carer contact information)

الوالد أو مقدّم الرعاية الأول (Parent or carer 1)

الاسم _____
Parent name
صلة القرابة للطفل. مثلاً: أم _____
Relationship to child
العنوان _____
Address
رقم الهاتف المنزلي _____ رقم هاتف العمل _____
Home phone Work phone
رقم الموبايل _____
Mobile phone

الوالد أو مقدّم الرعاية الثاني (Parent or carer 2)

الاسم _____
Parent name
صلة القرابة للطفل. مثلاً: أم _____
Relationship to child
العنوان _____
Address
رقم الهاتف المنزلي _____ رقم هاتف العمل _____
Home phone Work phone
رقم الموبايل _____
Mobile phone

وسائل الاتصال بالطبيب (Medical practitioner contact)

الاسم _____
Name of medical practitioner
العنوان _____
Address of medical practitioner
الهاتف _____
Phone

الحالة الصحية التي يعاني منها الطفل (Health/medical condition) (يرجى وصفها)

هل يمكن أن تؤدي هذه الحالة الصحية إلى وضع يتطلب إسعافاً؟ (Yes) نعم (No) كلا
Could this condition result in an emergency situation occurring?

طلب إعطاء التلميذ دواءً موصوفاً

Request to administer prescribed medication to the student

(ملاحظة: إذا كان طفلك يحتاج إلى أخذ أكثر من دواء موصوف واحد، يرجى إرفاق طلب منفصل لكل دواء.)

اسم الدواء الموصوف _____
Name of prescribed medication

اسم الحالة الصحية التي يعالجها الدواء الموصوف _____
Name of medical condition the prescription is treating

الجرعة الموصوفة _____
Prescribed dosage

ماذا تطلب من المدرسة أن تفعل؟ _____
What the school is being requested to do

هل هناك أية متطلبات خاصة لحفظ الدواء، مثلاً، في البراد؟ _____
Special storage requirements if any

تعليمات خاصة عن طريقة إعطاء الدواء الموصوف، مثلاً: يجب أخذه مع الأكل أو مع كوب من الماء.

Special instructions for administering the medication

من المعلومات التي أعطاك إياها الطبيب أو من معلوماتك الخاصة، هل تعرف أن للدواء أية تأثيرات جانبية؟ (Any side effects?)

نعم (Yes) كلا (No)

إذا كان الجواب بنعم يرجى تقديم المزيد من المعلومات _____
Information on side effects of medication, if any

إذا كان طفلك يأخذ الدواء بنفسه في البيت، هل تطلب أن يأخذ الدواء بنفسه في المدرسة؟
(Do you request that your child self administers?)

نعم (Yes) كلا (No) (ملاحظة: يتعين أخذ موافقة المدير/ة على قرار السماح للطفل بأخذ الدواء بنفسه.)
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

إذا كان طفلك يأخذ دواءه بنفسه في المنزل، إلى أي درجة تقدم المساعدة له للقيام بذلك؟ (يرجى وصف هذه المساعدة)

Description of parental support of child's self administration, if any

اسم الشخص الذي سيجلب الدواء إلى المدرسة _____
Name of person who will carry the medication to school

طلب نوع آخر من الدعم (Request for other support)

توقيع الوالد أو مقدم الرعاية _____ التاريخ _____
Parent or carer signature Date

إشعار باحترام الخصوصية (Privacy Notice)

المعلومات المطلوبة في هذه الإستمارة ضرورية لمساعدة المدرسة في التخطيط لدعم احتياجات طفلك الصحية. وسوف تُستخدم من جانب دائرة التربية والتدريب في نيو ساوث ويلز لوضع الترتيبات المناسبة معك لدعم احتياجات طفلك الصحية، إن إعطاء هذه المعلومات طوعي. لكن في حال عدم تزويدنا بجميع هذه المعلومات أو بأي منها فإن المدرسة قد لا تعود قادرة على تقديم الدعم الكامل لاحتياجات طفلك الصحية، وللعلم فإن سرية هذه المعلومات تبقى محفوظة، كما ويمكنك في أي وقت تصحيح أية معلومات شخصية أعطيتها عن طريق الاتصال بالمديرة.