



Pismo roditeljima, zahtjev da popune *Zahtjev za pomoć u školi zbog zdravstvenog stanja đaka*

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

Dragi roditelju ili staratelju

Vi ste kazali da vaše dijete zbog zdravstvenog stanja možda treba podršku u školi. Mada škola ima glavni zadatak da đacima pruža obrazovanje, želimo sarađivati s vama da bi dijete u školi bilo zdravo i bezbjedno.

Molimo popunite priloženi formular *Zahtjev za pomoć u školi zbog zdravstvenog stanja đaka (Request for support at school of a student's health condition)* na engleskom i vratite mi ga. Formular treba da popunite u skladu s informacijama koje ste dobili od ljekara. (Možda želite da s ljekarom porazgovarate o informacijama koje se tu traže.) U formularu je uključen dio u kojem možete zatražiti da se djetetu daje lijek na recept i/ili drugu vrstu pomoći.

Kad primim vaš zahtjev za podršku, o tome ću porazgovarati s osobljem i onda vas ponovo kontaktirati.

Molim da mi uvijek javite ako imate neke nove informacije o zdravstvenim potrebama svog djeteta, ili ako vam ja u tome mogu pomoći.

Ako vam je potrebna pomoć tumača da nazovete školu, molimo nazovite Službu telefonskih tumača na 131 450 i zatražite tumača za bosanski. Tumač će nazvati školu i pomoći vam u razgovoru sa školom. Ova usluga je za vas besplatna.

Srdačan pozdrav

Ime školskog direktora _____
Name of Principal

Potpis školskog direktora _____
Signature of Principal

Datum _____
Date



Opšte informacije (General information)

Ime i prezime djeteta _____ Datum rođenja _____
Name of child Date of birth

Upisan/upisana u ovu školu Da (Yes) Ne (No) Razred ako je dijete upisano _____
Class if enrolled

U koju školu je dijete upisano ako ne u ovu _____
Current school if not enrolled

Kontakt podaci roditelja/staratelja (Parent/carer contact information)

Roditelj ili staratelj br.1 (Parent or carer 1)

Ime i prezime _____
Parent name

Veza s djetetom, na primjer majka _____
Relationship to child

Adresa _____
Address

Telefonski broj kod kuće _____ Telefonski broj na poslu _____
Home phone Work phone

Mobitel _____
Mobile phone

Roditelj ili staratelj br. 2 (Parent or carer 2)

Ime i prezime _____
Parent name

Veza s djetetom, na primjer majka _____
Relationship to child

Adresa _____
Address

Telefonski broj kod kuće _____ Telefonski broj na poslu _____
Home phone Work phone

Mobitel _____
Mobile phone

Kontakt podaci ljekara (Medical practitioner contact)

Ime i prezime _____
Name of medical practitioner

Adresa _____
Address of medical practitioner

Telefon _____
Phone

Zdravstveno stanje/bolest (Health/medical condition) (molimo opišite)

Da li ta bolest može dovesti do opasnosti ili krize? Da (Yes) Ne (No)
Could this condition result in an emergency situation occurring?

Zahtjev da se daku daje prepisani lijek
Request to administer prescribed medication to the student

(Napomena: Ako vaše dijete treba uzimati više od jednog prepisanog lijeka, molimo da za svaki lijek priložite zasebni formular.)

Naziv pr pisanog lijeka _____
Name of prescribed medication

Naziv bolesti za koju se taj lijek daje _____
Name of medical condition the prescription is treating

Prepisana doza _____
Prescribed dosage

Šta tražite da škola učini? _____
What the school is being requested to do

Da li postoje neke specijalne instrukcije za čuvanje lijeka, npr u frižideru? _____
Special storage requirements if any

Specijalne instrukcije za davanje prepisanog lijeka, npr. ako se mora uzimati zajedno s hranom ili s čašom vode

Special instructions for administering the medication

Prema informacijama koje ste dobili od ljekara, ili iz vašeg iskustva, da li taj lijek ima neke nuspojave? (Any side effects?)

Da (Yes) Ne (No)

Ako da, navedite više informacija _____
Information on side effects of medication, if any

Ako dijete kod kuće samo uzima lijek, da li želite da ga i u školi samo uzima? (Do you request that your child self administers?)

Da (Yes) Ne (No) (Napomena: Školski direktor mora potvrditi odluku da dijete samo sebi daje lijek.)
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

Ako dijete kod kuće samo uzima lijek, kakvu podršku mu vi oko toga pružate? (Molimo opišite)

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

Ime i prezime osobe koja će u školu donositi lijek _____
Name of person who will carry the medication to school

Zahtjev za neku drugu vrstu podrške (Request for other support)

Potpis roditelja ili staratelja _____ **Datum** _____
Parent or carer signature Date

Napomena o zaštiti privatnosti (Privacy Notice)

Informacije koje se u ovom formularu traže su bitne da bi škola mogla lakše planirati podršku koja je potrebna vašem djetetu, zbog njegovog zdravstvenog stanja. Njima će raspolagati NSW Ministarstvo za školstvo i obuku, za razrađivanje dogovora s vama, da bi dijete dobilo potrebnu podršku. Informacije se daju na dobrovoljnoj osnovi. Ako ne navedete neke ili sve od traženih informacija, to školi može otežati da djetetu pruži potrebnu zdravstvenu podršku. Informacije će se čuvati na sigurnom mjestu. Sve date lične informacije možete u svakom času ispraviti ako nazovete direktora.