



**給家長的信件,要求填寫要求在學校支援身體不適的學生表格**

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

各位家長或監護人

您曾經表示您的子女身體不適，可能需要在學校獲得支援；雖然學校的主要任務是提供教育，我們也希望和您合作，讓您的子女在學校保持健康和安全。

請以英語填寫附上的表格，*要求在學校支援身體不適的學生 (Request for support at school of a student's health condition)*，並將表格交還給我。表格須按照您的醫生提供的資料填寫 (您可能希望和醫生討論所須的資料)。表格包括您可以要求給予指定藥物及/或其他協助的欄目。

我收到您的支援要求後，須要和有關的職員討論，然後我會再和您聯絡。

如果有關您子女的健康護理需求有更改或如果我有可以協助您的地方，請隨時通知我。

如果您需要傳譯員協助您聯絡學校，請致電 131450 給電話傳譯服務處，要求提供說您的語言的傳譯員。傳譯員會致電學校並保持在線上，協助您的通話。您無須繳付這項服務的費用。

校長姓名 \_\_\_\_\_  
Name of Principal

校長簽署 \_\_\_\_\_  
Signature of Principal

日期 \_\_\_\_\_  
Date



**一般資料 (General information)**

學生姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_  
Name of child Date of birth

在本校就讀  是 (Yes)  否 (No) 如果在本校就讀，現時班級 \_\_\_\_\_  
Class if enrolled

如果不是本校生，現時就讀的學校 \_\_\_\_\_  
Current school if not enrolled

**家長/監護人聯絡資料 (Parent/carer contact information)**

家長或監護人 1 (Parent or carer 1)

姓名 \_\_\_\_\_  
Parent name

與學生的關係,例如母親 \_\_\_\_\_  
Relationship to child

地址 \_\_\_\_\_  
Address

住宅電話 \_\_\_\_\_ 工作電話 \_\_\_\_\_  
Home phone Work phone

手提電話 \_\_\_\_\_  
Mobile phone

家長或監護人 2 (Parent or carer 2)

姓名 \_\_\_\_\_  
Parent name

與學生的關係,例如母親 \_\_\_\_\_  
Relationship to child

地址 \_\_\_\_\_  
Address

住宅電話 \_\_\_\_\_ 工作電話 \_\_\_\_\_  
Home phone Work phone

手提電話 \_\_\_\_\_  
Mobile phone

**醫護人員聯絡資料 (Medical practitioner contact)**

姓名 \_\_\_\_\_  
Name of medical practitioner

地址 \_\_\_\_\_  
Address of medical practitioner

電話 \_\_\_\_\_  
Phone

**健康/醫療情況 (Health/medical condition) (請描述)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

這情況是否會導致緊急情況的發生?  
Could this condition result in an emergency situation occurring?

是 (Yes)

否 (No)

## 要求給予學生指定的藥物

### Request to administer prescribed medication to the student

(注意：如果您的子女需要服用多過一種指定的藥物，請分開為每一藥物附上一份要求表格)。

指定藥物的名稱 \_\_\_\_\_  
Name of prescribed medication

處方所治療的病況的名稱 \_\_\_\_\_  
Name of medical condition the prescription is treating

指定的劑量 \_\_\_\_\_  
Prescribed dosage

您要求學校做甚麼事情 \_\_\_\_\_  
What the school is being requested to do

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

有沒有任何特別的存放需求，例如：存放在冰箱？ \_\_\_\_\_  
Special storage requirements if any

使用指定藥物的特別指示，例如：必須和食物或開水服用  
\_\_\_\_\_

Special instructions for administering the medication

根據來自醫生的資料或您的知識，這藥物有沒有甚麼副作用？(Any side effects?)  是 (Yes)  否 (No)

如果是有的話，請提供詳情 \_\_\_\_\_  
Information on side effects of medication, if any

\_\_\_\_\_

如果您子女在家中自行使用藥物，您是否要求子女在學校也自行使用藥物？  
(Do you request that your child self administers?)

是 (Yes)  否 (No) (注意：孩子自行使用藥物須要校長批准。)  
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

如果您子女在家中自行使用藥物，您提供甚麼程度的支援？(請描述)  
\_\_\_\_\_

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

將藥物攜帶到學校的人士的姓名 \_\_\_\_\_  
Name of person who will carry the medication to school

### 其他支援要求 (Request for other support)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

家長或監護人簽署 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_  
Parent or carer signature Date

### 隱私通知 (Privacy Notice)

本表格所要求的資料是必須的，用以協助學校策劃為您子女的健康需要所提供的支援。新州教育及培訓署 (NSW Department of Education and Training) 會使用這些資料和您作出安排，支援您子女的健康需要。提供資料純屬自願，如果您未能提供所有或任何資料，學校給您子女的支援可能會受影響。這些資料會妥善地存放，任何時候，您都可以更正所提供的個人資料，只須聯絡校長。