



Pismo roditeljima s molbom da ispune *Zahtjev za pomoć u školi zbog zdravstvenog stanja učenika*

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

Dragi roditelju ili staratelju

Rekli ste da Vaše dijete boluje od nečega što bi moglo zahtijevati pomoć u školi. Iako je glavna uloga škole da učenici steknu obrazovanje, želimo se zajedno s Vama pobrinuti da dijete u školi ostane zdravo i zaštićeno.

Molimo ispunite priloženi obrazac *Zahtjev za pomoć u školi zbog zdravstvenog stanja učenika (Request for support at school of a student's health condition)* na engleskom i vratite mi ga. Obrazac trebate ispuniti u skladu s informacijama koje ste dobili od liječnika. (Možda želite s liječnikom porazgovarati o traženim informacijama.) U obrascu se nalazi dio u kojem možete zatražiti davanje lijeka na recept i/ili drugu vrstu pomoći.

Kad primim Vaš zahtjev za pomoć, o tome ću porazgovarati s osobljem i zatim Vas ponovno 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 trebate pomoć tumača da biste nazvali školu, molimo nazovite Službu telefonskih tumača na 131 450 i zatražite tumača za hrvatski. Tumač će nazvati školu i pomoći Vam u razgovoru sa školom. Za ovu uslugu Vi ništa ne plaćate.

Srdačan pozdrav

Ime školskog ravnatelja _____
Name of Principal

Potpis školskog ravnatelja _____
Signature of Principal

Datum _____
Date



Opće 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

Srodstvo 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

Srodstvo 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 liječnika (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)

Može li se dijete zbog te bolesti naći u opasnosti ili krizi?
Could this condition result in an emergency situation occurring?

Da (Yes)

Ne (No)

Zahtjev da se učeniku da prepisani lijek

Request to administer prescribed medication to the student

(Opaska: Ako Vaše dijete treba uzimati više od jednog prepisanog lijeka, molimo da za svaki lijek priložite odvojeni obrazac.)

Naziv prepisanog 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

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

Postoje li posebne upute za uskladištavanje, npr u hladnjaku? _____
Special storage requirements if any

Posebne upute za davanje prepisanog lijeka, npr. mora se uzimati s hranom ili s čašom vode

Special instructions for administering the medication

Prema informacijama koje ste dobili od liječnika, ili iz Vašeg iskustva, izaziva li taj lijek ikakve 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, želite li da ga i u školi samo uzima? (Do you request that your child self administers?)

Da (Yes)

Ne (No)

(Opaska: Školski ravnatelj mora potvrditi odluku da si dijete samo 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 Vi pri tome 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 drugu vrstu pomoći (Request for other support)

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

Upozorenje o zaštiti privatnosti (Privacy Notice)

Informacije koje se traže u ovom obrascu su bitne da bi škola mogla lakše planirati podršku koju Vaše dijete treba zbog svog zdravstvenog stanja. Njima će raspolagati NSW Ministarstvo prosvjete i obuke, za razrađivanje aranžmana s Vama, kako bi dijete dobilo potrebnu podršku. Informacije se daju na dragovoljnoj bazi. Ako ne navedete neke ili sve informacije, to školi može otežati da djetetu pruži potrebnu zdravstvenu podršku. Informacije će se pohranjivati na sigurnom mjestu. Sve date osobne informacije možete u svakom času ispraviti ako nazovete ravnatelja.