



Surat kepada orang tua untuk meminta diisi *Permintaan dukungan di sekolah untuk masalah kesehatan pelajar*

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

Orang Tua atau Wali yang terhormat

Anda telah memberi tahu bahwa anak Anda mempunyai masalah kesehatan yang mungkin memerlukan dukungan di sekolah. Walaupun peran utama sekolah adalah memberi pendidikan, kami ingin bekerja sama dengan Anda untuk memastikan agar anak Anda sehat dan aman di sekolah.

Silakan isi formulir *Permintaan dukungan di sekolah untuk masalah kesehatan pelajar (Request for support at school of a student's health condition)* yang terlampir, dalam bahasa Inggris, dan kembalikan kepada saya. Formulir ini harus diisi berdasarkan informasi yang diberikan oleh dokter Anda. (Anda mungkin ingin membicarakan dengan dokter informasi yang diperlukan.) Formulir ini termasuk bagian di mana Anda dapat meminta pemberian obat resep dan/atau bantuan lain.

Sewaktu saya menerima permintaan Anda untuk dukungan saya akan harus membicarakannya dengan staf yang relevan dan kemudian akan saya hubungi Anda kembali.

Silakan beri tahu saya kapan saja jika ada perubahan dalam informasi mengenai kebutuhan kesehatan anak Anda atau jika saya dapat membantu Anda.

Jika Anda memerlukan juru bahasa untuk membantu Anda menghubungi sekolah, silakan telepon Pelayanan Juru Bahasa Telepon dengan nomor 131 450 dan mintalah juru bahasa dalam bahasa Anda. Operator akan menghubungi sekolah dan juru bahasa akan membantu Anda dalam percakapan Anda. Anda tidak akan dikenakan biaya untuk pelayanan ini.

Salam hormat

Nama Kepala Sekolah _____
Name of Principal

Tanda Tangan Kepala Sekolah _____
Signature of Principal

Tanggal _____
Date



Informasi Umum (General information)

Nama anak _____ Tanggal lahir _____
Name of child Date of birth

Terdaftar di sekolah ini Ya (Yes) Tidak (No) Kelas jika terdaftar pada saat ini _____
Class if enrolled

Sekolah saat ini jika tidak terdaftar _____
Current school if not enrolled

Informasi orang tua/wali (Parent/carer contact information)

Orang tua atau wali 1 (Parent or carer 1)

Nama _____
Parent name

Hubungan dengan anak, misalnya ibu _____
Relationship to child

Alamat _____
Address

Telepon rumah _____ Telepon kantor _____
Home phone Work phone

HP _____
Mobile phone

Orang tua atau wali 2 (Parent or carer 2)

Nama _____
Parent name

Hubungan dengan anak, misalnya ibu _____
Relationship to child

Alamat _____
Address

Telepon rumah _____ Telepon kantor _____
Home phone Work phone

HP _____
Mobile phone

Perincian dokter (Medical practitioner contact)

Nama _____
Name of medical practitioner

Alamat _____
Address of medical practitioner

Telepon _____
Phone

Masalah kesehatan/medis (Health/medical condition) (silakan jelaskan)

Apakah masalah ini dapat mengakibatkan timbulnya situasi darurat? Ya (Yes) Tidak (No)
Could this condition result in an emergency situation occurring?

Permintaan untuk memberi obat resep kepada pelajar
Request to administer prescribed medication to the student

(Perhatian: Jika anak Anda harus minum lebih dari satu jenis obat resep, silakan cantumkan permintaan khusus untuk setiap obat.)

Nama obat resep _____
Name of prescribed medication

Nama masalah medis yang dirawat dengan obat ini _____
Name of medical condition the prescription is treating

Dosis yang ditetapkan _____
Prescribed dosage

Apakah yang Anda minta sekolah lakukan? _____
What the school is being requested to do

Adakah persyaratan penyimpanan khusus, mis. dalam kulkas? _____
Special storage requirements if any

Petunjuk khusus untuk memberi obat resep, mis. harus diminum dengan makanan atau segelas air

Special instructions for administering the medication

Berdasarkan informasi yang Anda peroleh dari dokter Anda atau dari pengetahuan Anda sendiri, apakah Anda mengetahui tentang efek samping apa saja dari obat ini? (Any side effects?) Ya (Yes) Tidak (No)

Jika ya, silakan berikan informasi lebih lanjut _____
Information on side effects of medication, if any

Jika anak Anda menggunakan obat sendiri di rumah, apakah Anda meminta agar anak Anda menggunakan obat sendiri di sekolah? (Do you request that your child self administers?) Ya (Yes) Tidak (No)

(Perhatian: Kepala Sekolah harus menyetujui keputusan agar anak menggunakan obat sendiri.)
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

Jika anak Anda menggunakan obat sendiri di rumah, dukungan apa saja yang Anda berikan? (Silakan jelaskan) _____
Description of parental support of child's self administration, if any

Nama orang yang akan membawa obat ini ke sekolah _____
Name of person who will carry the medication to school

Permintaan untuk dukungan lain (Request for other support)

Tanda tangan orang tua atau wali _____ Tanggal _____
Parent or carer signature Date

Pernyataan Privasi (Privacy Notice)

Informasi yang diminta dalam formulir ini amat penting untuk membantu sekolah merencanakan dukungan untuk kebutuhan kesehatan anak Anda. Informasi ini akan digunakan oleh Departemen Pendidikan dan Pelatihan NSW dalam menetapkan aturan bersama Anda untuk mendukung kebutuhan kesehatan anak Anda. Pemberian informasi ini adalah secara sukarela. Jika Anda tidak memberikan semua atau bagian manapun dari informasi ini, kemampuan sekolah untuk mendukung kebutuhan kesehatan anak Anda mungkin kurang. Informasi ini akan disimpan secara aman. Anda dapat membetulkan segala informasi pribadi yang diberikan kapan saja, dengan menghubungi Kepala Sekolah.