



**학부모님께 드리는 편지 - 학생의 질환에 대한
학교측 지원 요청서 작성**

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

학부모/보호자 귀하

귀하께서는 자녀에게 학교측의 지원을 필요로 할 가능성이 있는 질환이 있다고 언급하셨습니다. 학교의 주요 역할은 교육이지만 귀하와 함께 협력하여 자녀가 건강하고 안전한 학교생활을 할 수 있도록 하고자 합니다.

첨부된 양식 - *학생의 질환에 대해 학교가 제공하는 지원 요청서 (Request for support at school of a student's health condition)* -을 영어로 작성하셔서 학교에 제출해 주십시오. 이 양식은 의사가 제공한 정보에 근거하여 작성하셔야 합니다. (요청된 정보를 의사와 함께 상의하셔도 됩니다.) 이 양식에는 처방 의약 투여 및 기타 지원을 요청할 수 있는 항목들이 있습니다.

귀하가 보내신 학교측 지원 요청서를 받은 후에는 그에 관해 관련 직원과 의논한 후 다시 연락을 드릴 것입니다.

자녀의 질환 관리에 대한 정보에 변경사항이 있거나 저의 도움이 필요하실 경우에는 언제든지 연락해 주시기 바랍니다.

학교에 연락하실 때 통역사의 도움이 필요하실 경우 전화통역서비스 131 450에 전화하셔서 한국어 통역사를 요청하십시오. 그러면 통역사가 학교에 전화하여 귀하가 학교와 통화하시는 것을 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료입니다.

감사합니다.

학교장 이름 _____
Name of Principal

학교장 서명 _____
Signature of Principal

날짜 _____
Date



일반 정보 (General information)

아동 이름 _____ 생년월일 _____
Name of child Date of birth

이 학교에 등록되어 있음 예 (Yes) 아니오 (No) 현재 등록되어 있을 경우 학급명 _____
Class if enrolled

등록되어 있지 않을 경우 재학중인 학교명 _____
Current school if not enrolled

학부모/보호자 연락처 (Parent/carer contact information)

학부모 혹은 보호자 1 (Parent or carer 1)

이름 _____
Parent name

아동과의 관계 (예: 어머니) _____
Relationship to child

주소 _____
Address

자택 전화 _____ 직장 전화 _____
Home phone Work phone

휴대폰 전화 _____
Mobile phone

학부모 혹은 보호자 2 (Parent or carer 2)

이름 _____
Parent name

아동과의 관계 (예: 어머니) _____
Relationship to child

주소 _____
Address

자택 전화 _____ 직장 전화 _____
Home phone Work phone

휴대폰 전화 _____
Mobile phone

의사 연락처 (Medical practitioner contact)

이름 _____
Name of medical practitioner

주소 _____
Address of medical practitioner

전화 _____
Phone

질환 (Health/medical condition) (내용을 적어주십시오)

이 질환으로 인해 위급상태가 될 수 있습니까? 예 (Yes) 아니오 (No)
Could this condition result in an emergency situation occurring?

학생에게 처방약을 투여해 달라는 요청

Request to administer prescribed medication to the student

(주의: 자녀에게 두 가지 이상의 약을 투여해야 할 경우 각 약에 대한 요청서를 별도로 첨부해야 합니다.)

처방약 이름 _____
Name of prescribed medication

처방약으로 치료하고 있는 질환명 _____
Name of medical condition the prescription is treating

처방된 복용량 _____
Prescribed dosage

학교측에게 요청하시는 것이 무엇입니까? _____
What the school is being requested to do

특별 저장이 필요합니까? (예: 냉장고에 보관) _____
Special storage requirements if any

처방약 투여에 대한 특별 지시 (예: 음식과 함께 혹은 한 컵의 물과 복용)

Special instructions for administering the medication

의사가 알려 주었거나 혹은 자신이 직접 알게 되었거나 상관 없이, 이 약의 부작용에 대해 알고 계십니까?

(Any side effects?) 예 (Yes) 아니오 (No)

알고 계실 경우 더 자세히 명시하십시오. _____
Information on side effects of medication, if any

자녀가 가정에서 자가투약할 경우 학교에서도 자가투약하기를 원하십니까? 예 (Yes) 아니오 (No)
(Do you request that your child self administers?)

(참조: 자녀가 자가투약하도록 결정하실 경우 학교장의 승인이 필요합니다.)

(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

자녀가 가정에서 자가투약할 경우 어느 정도의 지원을 제공하십니까? (상술하십시오)

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

약을 학교에 가지고 오는 사람의 이름 _____
Name of person who will carry the medication to school

기타 지원 요청 (Request for other support)

학부모/보호자 서명 _____ 날짜 _____
Parent or carer signature Date

개인정보보호 (Privacy Notice)

이 양식에서 요청한 정보는 본교가 자녀의 질환 관리 지원을 계획하기 위해 필요한 필수 사항들입니다. 이 정보는 NSW 교육부가 자녀의 질환 관리 지원 조치를 하기 위해 사용할 것입니다. 이 정보의 제공 여부는 자유입니다. 이 정보의 일부 혹은 전부를 제공하지 않을 경우 자녀의 건강 지원을 위한 학교의 노력이 제한을 받을 수 있습니다. 이 정보는 안전하게 관리될 것입니다. 제공된 정보는 학교장에게 연락하여 언제든지 변경할 수 있습니다.