



ຈົດໝາຍເຖິງພໍ່ແມ່ຮ້ອງຂໍໃຫ້ຂຽນຕື່ມຟອນ
ການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຢູ່ໂຮງຮຽນ ໃນດ້ານ ສຸຂພາບຂອງນັກຮຽນ

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

ພໍ່ແມ່ ຫລື ຜູ້ແລ ທີ່ຮັກແພງ

ທ່ານເຄີຍໄດ້ເວົ້າວ່າ ລູກຂອງທ່ານມີບັນຫາທາງ ດ້ານສຸຂພາບຊຶ່ງອາດຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ ຢູ່ໂຮງຮຽນ.
ໃນຂະນະທີ່ໜ້າທີ່ສໍາຄັນຂອງໂຮງຮຽນແມ່ນໃຫ້ການສຶກສາ, ພວກເຮົາກໍຢາກເຮັດວຽກຮ່ວມກັບທ່ານເພື່ອເຮັດໃຫ້ລູກຂອງທ່ານ
ມີສຸຂພາບດີແລະປອດພັຍໃນໂຮງຮຽນ.

ກະຣຸນາຂຽນຕື່ມຟອນ ການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ ຢູ່ໂຮງຮຽນໃນດ້ານສຸຂພາບຂອງນັກຮຽນ (*Request for support at school of a student's health*) ທີ່ໄດ້ຄັດຕິດມາພ້ອມນີ້ ເປັນພາສາ ອັງກິດ ແລະ ສົ່ງກັບຄືນມາໃຫ້ ຂ້າພະເຈົ້າ. ຄວນຂຽນຕື່ມຟອນ
ນີ້ໂດຍອີງຕາມຂໍ້ມູນທີ່ນາຍໝໍຂອງທ່ານໄດ້ເອົາໃຫ້. (ທ່ານອາດຕ້ອງການປຶກສາຫາລືກັບນາຍໝໍເຮືອງຂໍ້ມູນ ທີ່ຕ້ອງການ.)
ຟອນນີ້ມີພາກສ່ວນທີ່ທ່ານສາມາດຂໍຮ້ອງໃຫ້ມີການດູແລເຮືອງການໃຊ້ຢາທີ່ນາຍໝໍສົ່ງ ແລະ/ຫລື ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອອື່ນໆ.

ເມື່ອເວລາທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໃບຄໍາຮ້ອງການຂໍ ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈາກທ່ານແລ້ວ ຂ້າພະເຈົ້າກໍຈະຕ້ອງປຶກສາ
ຫາລືເຮືອງນີ້ກັບພະນັກງານ ທີ່ ກຽວຂອງ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າກໍຈະຕິດຕໍ່ທ່ານອີກຄັ້ງນຶ່ງ.

ກະຣຸນາແຈ້ງໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຊາບໄດ້ທຸກເວລາທີ່ ມີການປ່ຽນແປງຕໍ່ຂໍ້ມູນກຽວກັບຄວາມຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫລືອດ້ານສຸຂພາບຂອງລູກ
ຂອງທ່ານ ຫລື ເວລາໃດທີ່ທ່ານຄິດວ່າຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາເພື່ອຊ່ວຍທ່ານໃນ ການຕິດຕໍ່ທາງໂຮງຮຽນ ກະຣຸນາໂທຣະສັບຫາ ຫນ່ວຍບໍຣິການແປພາສາທາງໂທຣະສັບ
ຕາມເບີ ໂທຣະສັບ ເລກ 131 450 ແລະຂໍເອົາ ນາຍພາສາທີ່ປາກພາສາຂອງທ່ານ. ນາຍພາສາ ຈະໂທຣະສັບຫາໂຮງຮຽນແລະຈະ
ຢູ່ກັບສາຍເພື່ອຊ່ວຍທ່ານໃນການເວົ້າລົມກັນ. ທ່ານບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃດໆໃນບໍຣິການນີ້.

ດ້ວຍຄວາມຮັກແພງ

ຊື່ທ່ານຄູ່ໃຫຍ່ໂຮງຮຽນ _____
Name of Principal

ລາຍເຊັນທ່ານຄູ່ໃຫຍ່ໂຮງຮຽນ _____
Signature of Principal

ວັນທີ _____
Date



ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປ (General information)

ຊື່ຂອງເດັກ _____ ວັນ ເດືອນ ປີເກີດ _____
Name of child Date of birth

ຈົດຊື່ເຂົ້າຮຽນຢູ່ໂຮງຮຽນນີ້ ແມ່ນ (Yes) ບໍ່ແມ່ນ (No) ຫ້ອງຮຽນ ຖ້າວ່າຈົດຊື່ເຂົ້າຮຽນຢູ່ໃນຂະນະນີ້ _____
Class if enrolled

ໂຮງຮຽນໃນປັດຈຸບັນ ຖ້າວ່າບໍ່ໄດ້ຈົດຊື່ເຂົ້າຮຽນ _____
Current school if not enrolled

ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຂອງບໍ່ແມ່/ຜູ້ແຈ້ງ (Parent/carer contact information)

ບໍ່ແມ່ ຫລື ຜູ້ແຈ້ງ 1 (Parent or carer 1)

ຊື່ _____
Parent name

ຄວາມສໍາພັນຕໍ່ເດັກ ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ ແມ່ _____
Relationship to child

ທີ່ຢູ່ _____
Address

ໂທລະສັບຢູ່ເຮືອນ _____ ໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ _____
Home phone Work phone

ໂທລະສັບມືຖື _____
Mobile phone

ບໍ່ແມ່ ຫລື ຜູ້ແຈ້ງ 2 (Parent or carer 2)

ຊື່ _____
Parent name

ຄວາມສໍາພັນຕໍ່ເດັກ ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ ແມ່ _____
Relationship to child

ທີ່ຢູ່ _____
Address

ໂທລະສັບຢູ່ເຮືອນ _____ ໂທລະສັບບ່ອນເຮັດວຽກ _____
Home phone Work phone

ໂທລະສັບມືຖື _____
Mobile phone

ບ່ອນຕິດຕໍ່ຂອງນາຍໝໍ (Medical practitioner contact)

ຊື່ _____
Name of medical practitioner

ທີ່ຢູ່ _____
Address of medical practitioner

ໂທລະສັບ _____
Phone

ສຸຂພາບ/ນິພັນຫາດ້ານສຸຂພາບແບບໃດ (Health/medical condition) (ກະລຸນາ ອະທິບາຍ)

ຈະເປັນໄປໄດ້ບໍ່ວ່າບັນຫາດ້ານສຸຂພາບນີ້ອາດເຮັດໃຫ້ມີການສຸກເສີນເກີດຂຶ້ນ? ແມ່ນ (Yes) ບໍ່ແມ່ນ (No)
Could this condition result in an emergency situation occurring?

ການຂໍໃຫ້ມີການແລະເຮືອງການໃຊ້ຢາທີ່ ນາຍໝໍສັ່ງໃຫ້ແກ່ນັກຮຽນ

Request to administer prescribed medication to the student

(ໝາຍເຫດ: ຖ້າລູກທ່ານຕ້ອງກິນຢາທີ່ ນາຍໝໍ ສັ່ງຫລາຍກວ່ານຶ່ງຊຸນິດ ກະຮຸນາສັ່ງການຮ້ອງຂໍ ຕ່າງຫາກສໍາລັບຢາແຕ່ລະຊຸນິດ.)

ຊື່ຂອງຢາທີ່ນາຍໝໍສັ່ງ _____
Name of prescribed medication

ຊື່ຂອງບັນຫາດ້ານສຸຂະພາບທີ່ຢານີ້ຮັກສາ _____
Name of medical condition the prescription is treating

ຂະໜາດຢາທີ່ນາຍໝໍສັ່ງໃຫ້ກິນ _____
Prescribed dosage

ທ່ານຂໍໃຫ້ທາງໂຮງຮຽນເຮັດຫຍັງ? _____
What the school is being requested to do

ມີຄວາມຕ້ອງການເກັບຢາໄວ້ບ່ອນພິເສດເຊັ່ນຢູ່ໃນຕູ້ເຢັນບໍ່? _____
Special storage requirements if any

ຄໍາແນະນໍາພິເສດສໍາລັບການໃຊ້ຢາທີ່ນາຍໝໍສັ່ງ ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ ຕ້ອງກິນພ້ອມອາຫານ ຫລື ກິນກັບນໍ້ານຶ່ງຈອກ
Special instructions for administering the medication

ຈາກຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ຈາກນາຍໝໍຂອງທ່ານ ຫລື ຈາກຄວາມຮູ້ຂອງທ່ານເອງ ທ່ານຮູ້ວ່າມີອາການຂ້າງຄຽງໃດໆ ຈາກຢານີ້ຫລືບໍ່?
(Any side effects?) ແມ່ນ (Yes) ບໍ່ແມ່ນ (No)

ຖ້າທ່ານຮູ້ ກະຮຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ _____
Information on side effects of medication, if any

ຖ້າລູກທ່ານໃຊ້ຢາດ້ວຍຕົວເອງຢູ່ເຮືອນ ທ່ານຢາກຂໍໃຫ້ລູກທ່ານໃຊ້ຢາດ້ວຍຕົວເອງ ຢູ່ໂຮງຮຽນຫລືບໍ່?
(Do you request that your child self administers?) ແມ່ນ (Yes) ບໍ່ແມ່ນ (No)

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

ຖ້າລູກທ່ານໃຊ້ຢາດ້ວຍຕົວເອງຢູ່ເຮືອນ ທ່ານໃຫ້ ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນຂັ້ນໃດ? (ກະຮຸນາ ອະທິບາຍ)
Description of parental support of child's self administration, if any

ຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຈະຖືຢາມາໂຮງຮຽນ _____
Name of person who will carry the medication to school

ການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອດ້ານອື່ນໆ (Request for other support)

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່ ຫລື ຜູ້ແລ _____ ວັນທີ _____
Parent or carer signature Date

ການແຈ້ງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ (Privacy Notice)

ຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການຢູ່ໃນຟອມນີ້ ມີຄວາມສໍາຄັນ ໃນການຊ່ວຍໃຫ້ທາງໂຮງຮຽນວາງແຜນເພື່ອ ການຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານ. ຂໍ້ມູນນີ້ ຈະຖືກໃຊ້ໂດຍ ກະຮຸນາສຶກສາແລະເພີກຫັດ ອັດ ນຊວ ສໍາລັບການຈັດວາງການຕຽນການຕ່າງໆ ກັບ ທ່ານເພື່ອຊ່ວຍໃນຄວາມຕ້ອງການດ້ານ ສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນ ຄວາມສ່ຽງໃຈ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດ ຫລື ບາງຂໍ້ມູນ ຄວາມສາມາດໃນການອໍານວຍ ຄວາມຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫລືອດ້ານສຸຂະພາບ ຂອງລູກທ່ານກໍຈະບໍ່ສົມບູນ. ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຖືກເກັບໄວ້ຢ່າງປອດພິ. ທ່ານສາມາດປ່ຽນແປງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວໃດໆທີ່ທ່ານໄດ້ເອົາໃຫ້ໄດ້ທຸກເວລາ ດ້ວຍການຕິດຕໍ່ທ່ານຄູ່ໃຫຍ່ໂຮງຮຽນ.