



Писмо до родителите кои бараат да се пополни *Барањето за поддршка на училиште за болен ученик*

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

Почитувани родители или старатели

Вие не известивте дека заради здравствената состојба на вашето дете, тоа може да има потреба од поддршка на училиште. Иако главната улога на училиштето е да обезбедува образование, ние би сакале да соработуваме со вас за вашето дете да може да биде здраво и безбедно на училиште.

Ве молиме, пополнете го приложениот формулар *Барање за поддршка на училиште за болен ученик (Request for support at school of a student's health condition)* на англиски јазик и вратете го кај мене. Формуларот треба да се пополни врз основа на податоците кои сте ги добиле од вашиот доктор. (Можеби ќе сакате да зборувате со вашиот доктор за податоците кои се бараат). Во формуларот има делови каде што можете да барате на детето да му се даваат препишани лекови и/или помош во некоја друга форма.

Откако ќе го примам вашето барање за поддршка, за тоа ќе треба да разговарам со соодветните лица од персоналот и откако ќе го направам тоа, ќе ви се јавам повторно.

Ве молам, секогаш кога ќе биде потребно, известувајте ме ако податоците за здравствените потреби на вашето дете се изменат или ако можам да ви помогнам.

Ако имате потреба од преведувач да ви помогне да се јавите во училиштето, ве молиме телефонирајте во Телефонската преведувачка служба на 131 450 и побарајте преведувач на вашиот јазик. Преведувачот ќе телефонира во училиштето и ќе биде на линија за да ви помогне при разговорот. За оваа услуга не треба да платите.

Со почит,

Име на директорот _____
Name of Principal

Потпис на директорот _____
Signature of Principal

Датум _____
Date



Општи податоци (General information)

Име и презиме на детето _____ Датум на раѓање _____
Name of child Date of birth

Дали детето е запишано во ова училиште Да (Yes) Не (No)

Во кое одделение детето посетува настава сега ако тоа е запишано во ова училиште _____
Class if enrolled

Во кое училиште детето посетува настава ако не е запишано тука _____
Current school if not enrolled

Податоци како да се контактира родителот/старателот (Parent/carer contact information)

Родител или старател бр.1 (Parent or carer 1)

Име и презиме _____
Parent name

Во која сродна врска е со детето, на пример, мајка _____
Relationship to child

Адреса _____
Address

Домашен телефон _____ Телефон на работа _____
Home phone Work phone

Мобилен телефон _____
Mobile phone

Родител или старател бр.2 (Parent or carer 2)

Име и презиме _____
Parent name

Во која сродна врска е со детето, на пример, мајка _____
Relationship to child

Адреса _____
Address

Домашен телефон _____ Телефон на работа _____
Home phone Work phone

Мобилен телефон _____
Mobile phone

Податоци за докторот (Medical practitioner contact)

Име и презиме _____
Name of medical practitioner

Адреса _____
Address of medical practitioner

Телефон _____
Phone

Здравствена состојба (Health/medical condition) (ве молиме, опишете)

Дали болеста може да предизвика критична ситуација?
Could this condition result in an emergency situation occurring?

Да (Yes)

Не (No)

Барање на ученикот да му се дава препишан лек
Request to administer prescribed medication to the student

(Забелешка: Ако вашето дете треба да зема повеќе препишани лекови, ве молиме, за секој лек приложете посебно барање.)

Како се вика препишаниот лек _____
Name of prescribed medication

За каква болест се користи препишаниот лек _____
Name of medical condition the prescription is treating

Препишаната доза _____
Prescribed dosage

Што барате да прави училиштето? _____
What the school is being requested to do

Дали има посебни барања во врска со чувањето на лекот, на пример, да се чува во фрижидер? _____
Special storage requirements if any

Посебни упатства за давање на препишаниот лек, на пример, мора да се зема со храна или со вода

Special instructions for administering the medication

Од информациите кои сте ги добиле од докторот или од ваше лично искуство, дали се јавуваат некакви

несакани ефекти при земањето на овој лек? (Any side effects?) Да (Yes) Не (No)

Ако одговорот е 'Да', ве молиме дадете повеќе информации за нив _____
Information on side effects of medication, if any

Ако вашето дете лично го зема лекот дома, дали барате тоа да го прави и на училиште?
(Do you request that your child self administers?)

Да (Yes) Не (No) (Забелешка: Директорот треба да одобри дали детето може лично да го зема лекот.)
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

Ако вашето дете лично го зема лекот дома, на кој начин му помагате? (Ве молиме, објаснете)

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

Име и презиме на лицето кое ќе го носи лекот на училиште _____
Name of person who will carry the medication to school

Барање за друг вид на поддршка (Request for other support)

Потпис на родителот или старателот _____ **Датум** _____
Parent or carer signature Date

Известување за чување на личните податоци во доверливост (Privacy Notice)

Податоците кои бараме да ги внесете во овој формулар се неопходни училиштето да може да планира на кој начин да му помогне на вашето дете при задоволувањето на неговите здравствени потреби. Овие податоци ќе ги користи Одделот на Нов Јужен Велс за образование и обучување при организирањето на кој начин да помогне заедно со вас да се задоволат здравствените потреби на вашето дете. Давањето на овие податоци е доброволно. Ако не ги дадете сите или некои од податоците, училиштето не ќе може целосно да помогне да се задоволат здравствените потреби на вашето дете. Во секое време можете да ги поправите било кои од личните податоци ако се јавите кај директорот.