



نامه به والدین برای پرکردن درخواست کمک در مدرسه در مورد
بیماری یک دانش‌آموز

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

پدر، مادر یا مراقب عزیز

شما گفته‌اید که فرزندتان مبتلا به یک بیماری است که ممکن است به کمک در مدرسه نیاز داشته باشد. با اینکه نقش اصلی مدرسه ارائه آموزش می‌باشد. ما می‌خواهیم با شما برای سالم و امن نگه داشتن کودکان در مدرسه همکاری کنیم.

لطفاً فرم ضمیمه درخواست کمک در مدرسه در مورد بیماری یک دانش‌آموز (*Request for support at school of a student's health condition*) را به زبان انگلیسی پر کرده و به من برگردانید. این فرم باید بر اساس اطلاعاتی که دکترا داده است پر شود. (ممکن است مایل باشید که در باره اطلاعات مورد لزوم با دکتر صحبت کنید.) فرم شامل بخشهایی است که در آن می‌توانید دادن داروهای تجویزی و / یا کمکهای دیگری را درخواست کنید.

پس از دریافت درخواست کمک شما من باید با کارمندان مربوطه در باره آن صحبت کنم و بعد با شما تماس خواهم گرفت.

لطفاً هر گاه تغییری در اطلاعات مربوط به نیازهای مراقبت بهداشتی کودکان پیش آمد یا اگر من می‌توانم کمکی به شما بکنم به من اطلاع دهید.

اگر برای تماس با مدرسه به کمک یک مترجم نیاز دارید لطفاً با سرویس مترجم تلفنی، شماره 131 450 تماس بگیرید و برای زبان خودتان مترجم بخواهید. مترجم به مدرسه تلفن خواهد زد و روی خط باقی خواهد ماند تا به شما در گفتگویتان کمک کند. برای این سرویس هزینه‌ای از شما دریافت نخواهد شد.

ارادتمند

نام مدیر مدرسه

Name of Principal

امضای مدیر مدرسه

Signature of Principal

تاریخ

Date



اطلاعات کلی (General information)

نام کودک _____ تاریخ تولد _____
Date of birth _____ Name of child _____

هم اکنون در این مدرسه نام‌نویسی شده است بله (Yes) نه (No) اگر هم اکنون نام‌نویسی نشده است. در چه کلاسی است _____
Class if enrolled _____

مدرسه کنونی او اگر هنوز نام‌نویسی نشده است _____
Current school if not enrolled _____

طرز تماس با پدر، مادر یا مراقب (Parent/carer contact information)

پدر، مادر یا مراقب 1 (Parent or carer 1)

نام _____
Parent name _____

رابطه با کودک، مثلاً مادر _____
Relationship to child _____

آدرس _____
Address _____

تلفن منزل _____ تلفن محل کار _____
Home phone _____ Work phone _____

تلفن همراه _____
Mobile phone _____

پدر، مادر یا مراقب 2 (Parent or carer 2)

نام _____
Parent name _____

رابطه با کودک، مثلاً مادر _____
Relationship to child _____

آدرس _____
Address _____

تلفن منزل _____ تلفن محل کار _____
Home phone _____ Work phone _____

تلفن همراه _____
Mobile phone _____

طرز تماس با پزشک (Medical practitioner contact)

نام _____
Name of medical practitioner _____

آدرس _____
Address of medical practitioner _____

تلفن _____
Phone _____

بیماری / مسئله پزشکی (Health/medical condition) (لطفاً توصیف کنید)

آیا این بیماری ممکن است به یک موقعیت اضطراری منجر شود؟ بله (Yes) نه (No)
Could this condition result in an emergency situation occurring?

درخواست دادن داروی تجویزی به دانش‌آموز

Request to administer prescribed medication to the student

(توجه: اگر کودک شما باید بیشتر از یک داروی تجویزی مصرف کند. لطفاً یک درخواست جداگانه برای هر کدام ضمیمه کنید.)

نام داروی تجویزی _____
Name of prescribed medication

نام بیماری تحت درمان با این دارو _____
Name of medical condition the prescription is treating

دوز تجویز شده _____
Prescribed dosage

از مدرسه می‌خواهید چه کاری را انجام دهد؟ _____
What the school is being requested to do

آیا ملزومات ویژه‌ای برای نگهداری آن وجود دارد؟ مثلاً یخچال؟ _____
Special storage requirements if any

دستورالعمل‌های مخصوص برای دادن داروی تجویزی. مثلاً حتماً باید با غذا یا با یک لیوان آب خورده شود.

Special instructions for administering the medication

با توجه به اطلاعاتی که از دکترتان گرفته‌اید یا از روی دانش خودتان، آیا از وجود هیچ عوارض جانبی ناشی از این دارو

آگاه هستید؟ (Any side effects?) بله (Yes) نه (No)

اگر بله، لطفاً اطلاعات بیشتری بدهید _____
Information on side effects of medication, if any

اگر فرزند شما خودش در منزل دارو را مصرف می‌کند، آیا می‌خواهید که در مدرسه هم خودش این کار را بکند؟
(Do you request that your child self administers?)

بله (Yes) نه (No) (توجه: تصمیم اینکه کودکی خودش دارو مصرف کند باید به تصویب مدیر مدرسه برسد.)
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

اگر فرزند شما خودش در منزل دارو را مصرف می‌کند، شما تا چه حد به او کمک می‌کنید؟ (لطفاً توصیف کنید)

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

نام شخصی که دارو را به مدرسه خواهد آورد _____
Name of person who will carry the medication to school

درخواست کمک‌های دیگر (Request for other support)

امضای پدر، مادر یا مراقب _____ تاریخ _____
Parent or carer signature Date

اعلام محرمانگی (Privacy Notice)

اطلاعات خواسته شده روی این فرم برای کمک به اینکه مدرسه برای حمایت از نیازهای بهداشتی فرزند شما برنامه ریزی کند ضروری است. اداره آموزش و کارآموزی نیوسات ویلز از این اطلاعات برای ایجاد ترتیبات لازم با شما برای حمایت از نیازهای بهداشتی فرزندتان استفاده خواهد کرد. دادن این اطلاعات داوطلبانه است. اگر همه یا بعضی از این اطلاعات را ارائه ندهید ممکن است توانایی مدرسه برای حمایت از نیازهای بهداشتی کودک شما تضعیف شود. این اطلاعات در جای امنی نگهداری خواهد شد. شما هر گاه بخواهید می‌توانید با تماس با مدیر مدرسه هر گونه اطلاعات شخصی ارائه شده را تصحیح کنید.