



**ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਬੇਨਤੀ  
ਦੇ ਮੁਕੰਮਲ ਹੋਣ ਸਬੰਧੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਮਾਪਿਆਂ ਨੂੰ ਚਿੱਠੀ**  
**Letter to parents requesting completion of *Request for support at  
school of a student's health condition***

ਪਿਆਰੇ ਮਾਪਿਓ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲਕੇ

ਤੁਸੀਂ ਜ਼ਿਕਰ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇ ਹਾਲਾਤ ਕੁੱਝ ਅਜਿਹੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕਰਕੇ ਉਸ ਦੇ ਸਕੂਲ ਹੋਣ ਸਮੇਂ ਬੱਚੇ ਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਰੱਖਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਸਕੂਲ ਦਾ ਮੁੱਖ ਰੋਲ ਵਿਦਿਆ ਪੜ੍ਹਾਉਣੀ ਹੈ, ਪਰ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਰਲ ਕੇ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਸਿਹਤਮੰਦ ਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਣ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਸਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਬੇਨਤੀ (*Request for support at school of a student's health condition*) ਬਾਰੇ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਫਾਰਮ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਭਰ ਕੇ ਮੈਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ। ਇਹ ਫਾਰਮ ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਵਲੋਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਈ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ ਭਰਿਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। (ਤੁਸੀਂ ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇੱਛਾ ਵੀ ਜ਼ਾਹਿਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।) ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਵਿੱਚ ਕਈ ਉਹ ਹਿੱਸੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜਿਥੇ ਤੁਸੀਂ ਨਿਰਧਾਰਤ ਦਵਾਈ ਦੇਣ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਮੰਗ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਜਦੋਂ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਮੈਨੂੰ ਮਿਲੇਗੀ ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਸਬੰਧਤ ਸਟਾਫ ਨਾਲ ਮਿਲ ਕੇ ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਤੇ ਵਿਚਾਰ ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ ਅਤੇ ਤਦ ਹੀ ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਮੁੜ ਸੰਪਰਕ ਸਥਾਪਤ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਬਾਰੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਦਲਾਵ ਆਉਣ ਤੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਜ਼ਰੂਰ ਕਰਨਾ।

ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਕੂਲ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਟੈਲੀਫੋਨ ਇੰਟਰਪਰੈਟਰ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਇਸ ਨੰਬਰ ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ 131 450 ਅਤੇ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰੋ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੀ ਗਲਬਾਤ ਸਮੇਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਲਈ ਫੋਨ ਤੇ ਹੀ ਰਹੇਗਾ। ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਇਹ ਸੇਵਾ ਮੁਫਤ ਹੋਵੇਗੀ।

ਤੁਹਾਡਾ ਸ਼ੁਭ ਚਿੰਤਕ

ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_  
Name of Principal

ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ \_\_\_\_\_  
Signature of Principal

ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_  
Date



**ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ (General information)**

ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_ ਜਨਮ ਦੀ ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_  
Name of child Date of birth

ਇਸ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੈ।  ਹਾਂ (Yes)  ਨਹੀਂ (No) ਕਿਹੜੀ ਜਮਾਤ ਵਿੱਚ (ਜੇ ਇਸ ਸਮੇਂ ਦਾਖਲ ਹੈ) \_\_\_\_\_  
Class if enrolled

ਜੇ ਇਸ ਸਮੇਂ ਇਸ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਦੂਸਰੇ ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_  
Current school if not enrolled

**ਮਾਪਿਆਂ ਜਾਂ ਸੁਪਰਸਤਾਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ (Parent/carer contact information)**

ਮਾ/ਪਿਓ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾ ਸੰਭਾਲਕ (Parent or carer 1)

ਨਾਮ \_\_\_\_\_  
Parent name

ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ, ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ ਮਾਂ \_\_\_\_\_  
Relationship to child

ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ \_\_\_\_\_  
Address

ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_ ਕੰਮ ਵਾਲੀ ਜਗ੍ਹਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_  
Home phone Work phone

ਮੋਬਾਈਲ ਫੋਨ \_\_\_\_\_  
Mobile phone

ਮਾ/ਪਿਓ ਜਾਂ ਦੂਜਾ ਸੰਭਾਲਕ (Parent or carer 2)

ਨਾਮ \_\_\_\_\_  
Parent name

ਬੱਚੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ, ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ ਮਾਂ \_\_\_\_\_  
Relationship to child

ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ \_\_\_\_\_  
Address

ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_ ਕੰਮ ਵਾਲੀ ਜਗ੍ਹਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_  
Home phone Work phone

ਮੋਬਾਈਲ ਫੋਨ \_\_\_\_\_  
Mobile phone

**ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ (Medical practitioner contact)**

ਨਾਮ \_\_\_\_\_  
Name of medical practitioner

ਪਤਾ \_\_\_\_\_  
Address of medical practitioner

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ \_\_\_\_\_  
Phone

**ਸਿਹਤ/ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ (Health/medical condition) (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਕੁੱਝ ਦਸੋ)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ਕੀ ਇਸ ਹਾਲਤ ਕਾਰਨ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇ ਹਾਲਾਤ ਪੈਦਾ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ?  ਹਾਂ (Yes)  ਨਹੀਂ (No)  
Could this condition result in an emergency situation occurring?

## ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਲਈ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਕੀਤੀ ਦਵਾਈ ਦੇਣ ਬਾਰੇ ਬੇਨਤੀ

### Request to administer prescribed medication to the student

(ਨੋਟ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇਕ ਨਿਰਧਾਰਤ ਦਵਾਈ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਰੇਕ ਦਵਾਈ ਲਈ ਇਹ ਵੱਖਰੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।)

ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਦਵਾਈ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_  
Name of prescribed medication

ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਦਵਾਈ ਨਾਲ ਜਿਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_  
Name of medical condition the prescription is treating

ਕਿਨੀਆਂ ਖੁਰਾਕਾਂ \_\_\_\_\_  
Prescribed dosage

ਤੁਸੀਂ ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਕੀ ਫਰਮਾਇਸ਼ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ? \_\_\_\_\_  
What the school is being requested to do

ਸੰਭਾਲਣ ਲਈ ਕੋਈ ਖਾਸ ਲੋੜਾਂ ਜਿਵੇਂ ਫਰਿਜ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣ ਦੀ ਲੋੜ \_\_\_\_\_  
Special storage requirements if any

ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤੀ ਦਵਾ ਦੇ ਲੈਣ ਲਈ ਕੋਈ ਖਾਸ ਹਿਦਾਇਤ, ਮਿਸਾਲ ਵਜੋਂ ਨਾਸਤੇ ਨਾਲ ਲੈਣੀ ਜਾਂ ਪਾਣੀ ਦੇ ਗਲਾਸ ਨਾਲ

#### Special instructions for administering the medication

ਤੁਹਾਡੇ ਡਾਕਟਰ ਕੋਲੋਂ ਮਿਲੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਤਾਬਿਕ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਆਪਣੇ ਤਜਰਬੇ ਅਨੁਸਾਰ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਮਾੜੇ ਜਾਂ ਉਲਟੇ  
ਅਸਰ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੈ ? ਇਸ ਦਵਾਈ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੋਂ ? (Any side effects?)  ਹਾਂ (Yes)  ਨਹੀਂ (No)

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਉਤਰ ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਓ \_\_\_\_\_  
Information on side effects of medication, if any

ਜੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਦਵਾਈ ਆਪੇ ਲੈਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮੰਗ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਸਕੂਲੇ ਵੀ ਉਹ ਆਪੇ ਹੀ ਲਵੇ ?  
(Do you request that your child self administers?)

ਹਾਂ (Yes)  ਨਹੀਂ (No) (ਨੋਟ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਦਵਾਈ ਆਪੇ ਲੈਣ ਦੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਲਾਹ ਨੂੰ ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਦੀ ਆਗਿਆ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।)  
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਘਰ ਵਿੱਚ ਦਵਾਈ ਆਪੇ ਹੀ ਲੈਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਉਸ ਦੀ ਕਿਨੀ ਕੁ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ? (ਵਿਸਥਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸੋ)

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

ਦਵਾਈ ਸਕੂਲੇ ਲਿਆਉਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_  
Name of person who will carry the medication to school

### ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਮੰਗ (Request for other support)

ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਸੰਭਾਲਕ ਦੇ ਦਸਤਖਤ \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_  
Parent or carer signature Date

#### ਸੁਰੱਖਿਆ (ਪ੍ਰਾਈਵੇਸੀ) ਨੋਟਿਸ (Privacy Notice)

ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਮੰਗੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਬਾਰੇ ਲੋੜਾਂ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖਣ ਲਈ ਯੋਜਨਾ ਉਲੀਕਣ ਵਾਸਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਿਊ ਸਾਊਥ ਵੇਲਜ਼ ਦੇ ਸਿਖਿਆ ਅਤੇ ਸਿਖਲਾਈ ਵਿਭਾਗ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਿਆਂ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਵਸਥਾਵਾਂ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਵਾਸਤੇ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਿਵਸਥਾ ਸਵੈ-ਇੱਛਕ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਰੀ ਜਾਂ ਇਸ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾਉਂਦੇ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲੋੜਾਂ ਹਿਤ ਉਸ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਸਕੂਲ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਮੀ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵੇਲੇ ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਕੇ ਕੋਈ ਵੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਸੋਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।