



**Писмо за родитеље којим се захтева да се попуни
формулар *Захтев да се ученику у школи помогне у вези
здравствених потреба***

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

Драги родитељи/старатељи

Обавестили сте нас да ваше дете има здравствени проблем због којег му је у школи потребна помоћ. Иако је основна улога школе да образује, сарађиваћемо са вама да би ваше дете било здраво и безбедно док је у школи.

Молимо вас да на енглеском попуните приложени формулар *Захтев да се ученику у школи помогне у вези здравствених потреба (Request for support at school of a student's health condition)*, и да га мени вратите. Формулар треба да се попуни на основу информација које вам је дао ваш лекар. (Можда желите да разговарате са лекаром о овим информацијама). Формуларом можете да захтевате давање преписаних лекова и/или другу врсту помоћи.

Када примим ваш захтев за помоћ разговараћу са надлежним особљем, након чега ћу вас контактирати.

Молим вас да ме одмах обавестите ако дође до било каквих промена у информацијама о здравственој нези вашег детета или ако вам могу бити од помоћи.

Ако вам је потребан тумач да контактирате школу, молимо вас да назовете Телефонску службу тумача на 131 450 и тражите тумача за свој језик. Тумач ће назвати школу и остаће на вези да вам помогне да разговарате. Ова услуга је бесплатна.

С поштовањем

Име директора школе _____
Name of Principal

Потпис директора школе _____
Signature of Principal

Датум _____
Date



Опште информације (General information)

Име детета _____ Датум рођења _____
Name of child Date of birth

Уписано у ову школу Да (Yes) Не (No) Разред који тренутно похађа _____
Class if enrolled

Школа коју похађа ако није уписано _____
Current school if not enrolled

Контакт информације за родитеље/старатеље (Parent/carer contact information)

1. родитељ или старатељ (Parent or carer 1)

Име _____
Parent name

Веза са дететом, на пример мајка _____
Relationship to child

Адреса _____
Address

Кућни телефон _____ Телефон на послу _____
Home phone Work phone

Мобилни _____
Mobile phone

2. родитељ или старатељ (Parent or carer 2)

Име _____
Parent name

Веза са дететом, на пример мајка _____
Relationship to child

Адреса _____
Address

Кућни телефон _____ Телефон на послу _____
Home phone Work phone

Мобилни _____
Mobile phone

Контакт подаци за лекара (Medical practitioner contact)

Име _____
Name of medical practitioner

Адреса _____
Address of medical practitioner

Телефон _____
Phone

Здравствени/медицински проблем (Health/medical condition) (молимо опишите)

Да ли овај проблем може да захтева хитну лекарску помоћ?
Could this condition result in an emergency situation occurring?

Да (Yes) Не (No)

Захтев за давање преписаних лекова ученику
Request to administer prescribed medication to the student

(Напомена: ако ваше дете узима више лекова, молимо приложите појединачан захтев за сваки лек.)

Назив преписаног лека _____
Name of prescribed medication

Назив обољења које се лечи преписаним леком _____
Name of medical condition the prescription is treating

Преписана доза _____
Prescribed dosage

Шта од школе тражите да уради? _____
What the school is being requested to do

Да ли је потребно да се лек чува на одређени начин, нпр. у фрижидеру? _____
Special storage requirements if any

Специјална упутства за давање преписаног лека, нпр. мора да се узима са јелом или уз чашу воде.

Special instructions for administering the medication

Да ли узимање овог лека изазива нуспојаве о којима вас је лекар информисао или сте сами за њих сазнали?

(Any side effects?) Да (Yes) Не (No)

Ако сте одговорили са да, молимо приложите додатне информације _____
Information on side effects of medication, if any

Ако ваше дете код куће само узима лек, да ли захтевате да га само узима у школи?

(Do you request that your child self administers?)

Да (Yes) Не (No) (Напомена: директор школе мора да одобри да дете само узима лек.)
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

Ако ваше дете код куће само узима лек, у којој мери му ви помажете? (молимо опишите)

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

Име особе која ће донети лек у школу _____
Name of person who will carry the medication to school

Захтев за другом врстом помоћи (Request for other support)

Потпис родитеља или старатеља _____ Датум _____
Parent or carer signature Date

Напомена о приватности (Privacy Notice)

Информације које се захтевају у овом формулару неопходне су да би се школи омогућило да планира помоћ потребну вашем детету око здравствене неге. Министарство образовања и обуке Новог Јужног Велса ће ове информације користити да би се са вама договорили око помоћи потребне вашем детету у вези здравствених потреба. Пружање ових информације није обавезно. Уколико не приложите све или поједине информације, школа можда неће бити у стању да помогне вашем детету у вези здравствених потреба. Ове информације се чувају на безбедан начин. Можете да исправите било које личне информације тиме што ћете контактирати директора школе.