



Okulda öğrencinin sağlık sorununa eğilmek üzere istek formunu doldurmaları için anababalara mektup

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

Sayın Anababa veya Veli

Çocuğunuzun, okulda üzerine eğilinmesi gereken bir sağlık sorunu olduğunu belirtmiş bulunuyorsunuz. Okulun ana rolü eğitim sağlamak ise de, çocuğunuzu okulda sağlıklı ve güvenli bir şekilde tutmak üzere sizinle birlikte çalışmak isteriz.

Lütfen ekteki *Okulda öğrencinin sağlık sorununa eğilmek üzere istek (Request for support at school of a student's health condition)* formunu İngilizce olarak doldurup bana yollayın. Form, doktorunuz tarafından sağlanan bilgiler temelinde doldurulmalıdır. (İstenen bilgileri doktorunuzla görüşebilirsiniz.) Formda, reçete ile verilen ilaçların çocuğa verilmesini ve/veya öteki yardımları isteyebileceğiniz bölümler de vardır.

Soruna eğilme istek formunuzu aldığımda bunu ilgili görevlilerle görüşmem gerekecektir ve daha sonra sizinle yeniden ilişki kuracağım.

Çocuğunuzun sağlık bakımı gereksinimlerinde değişiklikler olursa veya size yardımcı olabilirim, lütfen istediğiniz zaman bana bildiriniz.

Okulla ilişkiye geçebilmenize yardımcı olmak için bir tercümana ihtiyacınız varsa, lütfen 131 450 numaralı telefondan Telefonla Tercüme Servisi'ni arayın ve kendi dilinizde bir tercüman isteyin. Tercüman okulu arayacak ve konuşmanızda yardımcı olmak için hatta kalacaktır. Bu hizmet için sizden ücret alınmayacaktır.

Saygılarımla

Müdürün Adı _____

Name of Principal

Müdürün İmzası _____

Signature of Principal

Tarih _____

Date



Genel bilgiler (General information)

Çocuğun adı _____ Doğum tarihi _____
Name of child Date of birth

Bu okula kayıtlı olup olmadığı Evet (Yes) Hayır (No) Kayıtlı ise sınıfı _____
Class if enrolled

Kayıtlı değilse şu andaki okulu _____
Current school if not enrolled

Anababa/veli ilişki bilgileri (Parent/carer contact information)

Anababa veya veli 1 (Parent or carer 1)

Adı _____
Parent name

Çocukla akrabalık derecesi, örneğin annesi _____
Relationship to child

Adres _____
Address

Ev telefonu _____ İş telefonu _____
Home phone Work phone

Cep telefonu _____
Mobile phone

Anababa veya veli 2 (Parent or carer 2)

Adı _____
Parent name

Çocukla akrabalık derecesi, örneğin annesi _____
Relationship to child

Adres _____
Address

Ev telefonu _____ İş telefonu _____
Home phone Work phone

Cep telefonu _____
Mobile phone

Doktor ilişki bilgileri (Medical practitioner contact)

Adı _____
Name of medical practitioner

Adresi _____
Address of medical practitioner

Telefonu _____
Phone

Sağlık/Tıp sorunu (Health/medical condition) (lütfen anlatın)

Bu sorun acil bir durumun ortaya çıkmasına neden olabilir mi?
Could this condition result in an emergency situation occurring?

Evet (Yes)

Hayır (No)

Öğrenciye reçete ile alınmış ilacın verilmesi isteği
Request to administer prescribed medication to the student

(Not: Çocuğunuzun birden fazla reçeteli ilaç almaya gereksinimi varsa, lütfen her ilaç için ayrı istek ekleyin.)

Reçeteli ilacın adı _____
Name of prescribed medication

İlacın tedavi ettiği sağlık sorununun adı _____
Name of medical condition the prescription is treating

Reçetede belirtilen doz _____
Prescribed dosage

Okulun ne yapmasını istiyorsunuz? _____
What the school is being requested to do

Depolama gerekleri? Örneğin, buzdolabında mı saklanmalı? _____
Special storage requirements if any

Reçeteli ilacın verilmesine ilişkin özel yönergeler, örneğin yiyecekle veya bir bardak su ile alınmalı gibi

Special instructions for administering the medication

Doktorunuzdan aldığınız bilgiye veya kendi bildiklerinize göre, bu ilacın yan etkileri olup olmadığını biliyor musunuz? (Any side effects?) Evet (Yes) Hayır (No)

Yanıtınız evet ise, lütfen daha fazla bilgi verin _____
Information on side effects of medication, if any

Çocuğunuz evde ilacı kendi kendine alıyorsa, okulda da çocuğunuzun kendi kendine almasını istiyor musunuz?
(Do you request that your child self administers?)

Evet (Yes) Hayır (No) (Not: Çocuğun ilacı kendi kendine alması için Müdürün onayı gerekir.)
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

Çocuğunuz evde ilacı kendi kendine alıyorsa, siz hangi düzeyde destek sağlıyorsunuz? (Lütfen anlatın)

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

İlacı okula getirecek kişinin adı _____
Name of person who will carry the medication to school

Başka destek için istek (Request for other support)

Anababa veya velinin imzası _____ **Tarih** _____
Parent or carer signature Date

Gizlilik Bildirimi (Privacy Notice)

Bu formda istenen bilgiler, çocuğunuzun sağlık gereksinimlerini karşılamayı planlamak üzere okula yardımcı olmak için pek gereklidir. NSW Eğitim ve Öğretim Bakanlığı tarafından, çocuğunuzun sağlık gereksinimlerini karşılamak için sizinle birlikte düzenlemeler yapmak amacıyla kullanılacaktır. Bu bilgilerin verilmesi isteğe bağlıdır. Bu bilgilerin tamamını veya herhangi bir bölümünü vermezseniz, okulun çocuğunuzun sağlık gereksinimlerini karşılama yeteneği zayıflayacaktır. Bu bilgiler güvenli bir şekilde saklanacaktır. Verilen kişisel bilgileri Müdürle ilişkiye geçerek her zaman düzeltebilirsiniz.