



**Surat kepada orang tua untuk
mengkonfirmasi pemberian obat resep**

**Letter to parents confirming arrangements for
administration of prescribed medication**

Orang Tua atau Wali yang terhormat

Surat ini adalah untuk memberi tahu bahwa sekolah telah setuju memberi obat resep ini kepada anak Anda menurut permintaan Anda. Sekolah akan coba memberi obat ini pada waktu yang diminta (lihat di bawah) meskipun perubahan tertentu adakalanya mungkin tidak dapat dicegah. Silakan hubungi saya jika Anda prihatin tentang hal ini.

Sekolah telah setuju agar obat ini akan dibawa ke sekolah oleh orang yang dinyatakan di bawah.

Anda akan harus memberi kepala sekolah obat resep ini dan segala peralatan seperlunya yang berkaitan. Jika Anda tidak dapat mengirim obat resep dengan cara yang diatur, silakan hubungi saya untuk membicarakan aturan alternatif.

Staf sekolah telah merelakan diri untuk mendukung kebutuhan perawatan kesehatan anak Anda di sekolah. Aturan ini akan ditinjau setiap tahun atau sewaktu ada perubahan dalam kebutuhan kesehatan anak Anda atau jika timbulnya situasi di mana rencana ini tidak dapat dilaksanakan.

Jika untuk alasan apapun ada perubahan dalam kebutuhan perawatan kesehatan anak Anda, Anda harus memberi tahu sekolah secepat mungkin. Silakan hubungi sekolah kapan saja jika anda mempunyai keprihatinan atau pertanyaan mengenai aturan dukungan ini.

Jika timbul situasi di mana rencana ini tidak dapat dilaksanakan, kami akan menghubungi Anda dengan nomor telepon yang diberikan.

Nama pelajar _____ Kelas _____
Name of student Class

Nama orang yang membawa obat ini ke sekolah _____
Name of person delivering the medication to school

Waktu pemberian obat _____
Time/s of administration of medication

Nama Kepala Sekolah _____
Name of Principal

Tanda Tangan Kepala Sekolah _____ Tanggal _____
Signature of Principal Date

Jika tidak ada permintaan untuk pengobatan sendiri, bagian berikut tidak perlu diperhatikan.

PERMINTAAN PENGOBATAN SENDIRI (SELF MEDICATION REQUEST)

Jika Anda meminta agar anak Anda menggunakan obat sendiri, permintaan Anda telah dipertimbangkan dengan teliti. Permintaan Anda untuk pengobatan sendiri oleh anak Anda:

disetujui. Sekolah akan tetap bekerja sama dengan Anda untuk mendukung anak Anda dalam penggunaan obat ini. (supported. The school will continue to work with you to support your child in managing the administration of this medication.)

tidak disetujui; silakan hubungi sekolah. (not supported, please contact the school.)