



**Письмо родителям, подтверждающее договоренности
о приеме выписанного лекарства**

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

Уважаемый родитель или опекун!

Настоящим письмом уведомляем Вас о том, что школа согласилась давать выписанное лекарство Вашему ребенку по Вашей просьбе. Школа будет стремиться давать лекарство в требуемое время (как указано ниже), хотя в некоторых случаях неизбежно будут отклонения. Просьба связаться со мной, если Вас это беспокоит.

Школа согласилась на то, чтобы лекарство в школу привозило указываемое ниже лицо.

Вы должны привозить в школу выписанное лекарство и все сопутствующее оборудование, как это необходимо. Если Вы не можете прислать выписанное лекарство в порядке договоренности, просьба связаться со мной, с тем чтобы обсудить альтернативные договоренности.

Сотрудники школы добровольно согласились удовлетворять потребности Вашего ребенка в здравоохранении в школе. Эта договоренность будет пересматриваться ежегодно или в том случае, если изменятся потребности Вашего ребенка в здравоохранении или возникнет ситуация, когда этот план окажется невыполнимым.

Если по какой-то причине будут изменения в потребностях Вашего ребенка в здравоохранении, Вы должны незамедлительно сообщить об этом в школу. Просьба связаться со школой, если в какое-либо время у Вас появятся обеспокоенность или вопросы по поводу этих договоренностей относительно поддержки.

Если возникнет ситуация, когда этот план окажется невыполнимым, мы свяжемся с Вами по представленным номерам телефона.

Имя и фамилия учащегося _____ Класс _____
Name of student Name of student Class Class

Имя и фамилия лица, привозящего лекарство в школу _____
Name of person delivering the medication to school Name of person delivering the medication to school

Время приема лекарства _____
Time/s of administration of medication Time/s of administration of medication

Имя и фамилия директора _____
Name of Principal Name of Principal

Подпись директора _____ Дата _____
Signature of Principal Signature of Principal Date Date

Если не поступило просьбы о самостоятельном приеме лекарства, просьба пропустить нижеследующий раздел.

ПРОСЬБА О САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ ЛЕКАРСТВА (SELF MEDICATION REQUEST)

Если Вы попросили, чтобы Ваш ребенок принимал лекарство самостоятельно, то Ваша просьба была внимательно рассмотрена. Ваша просьба о самостоятельном приеме лекарства Вашим ребенком:

- поддерживается. Школа будет продолжать, совместно с Вами, оказывать поддержку Вашему ребенку в самостоятельном приеме этого лекарства. (supported. The school will continue to work with you to support your child in managing the administration of this medication.)
- не поддерживается. Просьба связаться со школой. (not supported, please contact the school.)