



**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.)