

## منطقة مدرسة دودلي تشارلتون الإقليمية

### كتابة الوالد/الوصي

### الموافقة على إدارة الدواء

#### معلومات عامة

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

المراحل الدراسية: \_\_\_\_\_

اسم الوالد / الوصي: \_\_\_\_\_

عنوان: \_\_\_\_\_

رقم هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ رقم هاتف العمل \_\_\_\_\_

يرجى ملاحظة أي دواء آخر طالب يتلقى حالياً \_\_\_\_\_

يرجى ملاحظة أي حساسية \_\_\_\_\_

#### موافقة

أو موظفي المدرسة المعينين لتأكيد المتابعة دواء الجناح nurse أعطي الإذن للمدرسة. 1.   
اسم الدواء: \_\_\_\_\_ واضع مرخص \_\_\_\_\_

أعطي الإذن للمدرسة لتتبع عليك مشاركة المعلومات المناسبة مع موظفي المدرسة فيما يتعلق بما هو محدود (على سبيل المثال، 2.   
الآثار الجانبية الضارة) حسب ما يراه ضرورياً بالنسبة ليطالب الصحة والسلامة.

نعم  لا  أي قيود على الإصدار \_\_\_\_\_

يرجى الملاحظة: هذا قد يتم استرجاع الدواء من المدرسة . في أي وقت. الدواء الذي لا يتم التقاطه داخل واحد بعد أسبوع من انتهاء العام)   
(الدراسي، سيتم التخلص منه من قبل ممرضة المدرسة

إذا قامت ممرضة المدرسة بتقييم الحالة الصحية للطالب وقدراته، واعتبرت أن تناول هذا الدواء ذاتياً آمناً ومناسباً، فأنا أمانح الإذن. 3.   
مع ممرضة DCRSD للإدارة الذاتية وأن يكون لديك عقد إدارة ذاتية مكتمل لـ MD للطالب بالعلاج الذاتي. (يجب أن يكون لديك أمر   
(المدرسة)

نعم  لا

توقيع ولي الأمر / الوصي: \_\_\_\_\_

العلاقة بالطالب: \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_