

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 لذلك يدير المتابعة دواء الجناح nurse أعطي الإذن السمدرستن 1. _____
اسم الدواء: _____ واطع مرخص _____

أعطي الإذن السمدرستن يجب عليك مشاركة المعلومات المناسبة مع موظفي المدرسة فيما يتعلق بما هو محدوددواء (على سبيل المثال، 2. الأثار 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 أمنح 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 _____