

منطقة كروسمنت التعليمية لاتحاد المدارس الإعدادية
التحويل في إعطاء الأدوية والعلاج
البند 49423 من القانون التعليمي

أني الموقع أدناه _____ بصفتي ولي أمر/الوصي القانوني على الطالب
(أسم ولي الأمر/الوصي القانوني/parent/guardian)

_____ الذي يداوم في مدرسة _____
(أسم المدرسة/School) (تاريخ الولادة/Birthdate) (أسم الطالب/Student's Name)

أطلب بأن تكون الأدوية/Medicines التالية:

متاحة لكي يستخدمها أبني الطالب في الأوقات/Time Prescribed التي تم تحديدها في الوصفة الطبية:

أني على علم بأنه فقط الموظفين المرخصين والمعتمدين من قبل مدير المدرسة هم الوحيدون الذين سيتمكنون من مساعدة أبني على تناول الدواء (الأدوية) المذكورة أعلاه وفقاً لتوجيهات الطبيب. سأقوم بتقديم الدواء (الأدوية) في حاويات الأدوية التي سيكون مكتوب عليها أسم أبني الطالب وأسم الطبيب الذي وصف هذه الأدوية والكمية أو الجرعات التي يجب تناولها. في حالة حدوث أي تغيير في تعليمات الطبيب ، يجب أن أقوم بملئ أستمارة جديدة والتوقيع عليها من قبلي بصفتي ولي أمر الطالب/الوصي القانوني عليه وكذلك يوقع عليها الطبيب نفسه.

لن يُسمح بتناول الأدوية الموصوفة وغير الموصوفة داخل المدرسة بدون تقديم بيان خطي من قبل الطبيب وبيان خطي من قبل ولي الأمر يشيران إلى الرغبة في أن تقوم المنطقة التعليمية بمساعدة الطالب على تناول أدويته وعلى النحو المنصوص في بيان الطبيب المذكور أدناه.

أني مُدرك بأن المدرسة ليست ملزمة قانونياً على تقديم هذه الخدمة أو هذه التسهيلات. بموجبه أوافق على إخلاء طرف المنطقة التعليمية أو إدارتها وموظفيها أو وكلائها من أي مسؤولية أو دعوى أو شكاوي من أي نوع كان ، والتي قد تنشأ نتيجة للقيام بمساعدة الطالب على تناول الدواء وفقاً لهذا الطلب.

هذه الأستمارة صالحة المفعول للسنة
الدراسية 2023-2024

Date/التاريخ

Signature/التوقيع

Home Address/عنوان المنزل

Home/Mobile/Work Phone Number/هاتف المنزل/الموبايل/هاتف العمل

يجب أن يتم ملئ هذا الجزء من قبل طبيب مرخص في ولاية كاليفورنيا
THIS PORTION TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN LICENSED IN THE STATE OF CALIFORNIA

- **Name of Medication** _____
A. _____
B. _____
- Discontinue "Medication A" on _____ and "Medication B" on _____.
(Date) (Date)
- Type of assistance for administering medication (observe, measure, etc.):

- Precautions for administration or storage of medication:

- Do you wish to have school personnel contact you at intervals to discuss this medication?
 Yes No Please indicate: Person(s) _____, Intervals _____
Teacher, Nurse Weekly, Quarterly, etc.

**If medication is an inhaler, epi-pen, or insulin, and may be carried on person, check here .

**If glucose testing equipment will be carried on person, check here .

Printed Name of Physician _____ M.D.

Medical License Number _____

Telephone Number _____

Signature of Physician _____

Date _____