

مدبرية كروسمنت التعليمية لاتحاد المدارس الأعدادية
التحويل في إعطاء الأدوية و العلاج
البند ٤٢٣٤٩ من قانون التربية و التعليم

أني الموقع أدناه ، بصفتي ولي أمر/الوصي القانوني على الطالب _____
المولود في: _____ الذي يداوم في مدرسة _____
تاريخ الولادة/DOB _____
أسم الطالب/Student _____
أطلب بأن تكون الأدوية التالية متاحة لكي يستخدمها أبني _____
أسم المدرسة/School _____
الطالب في الأوقات التي تم تحديدها في الوصفة الطبية: _____

أني على علم بأن الموظفين المرخصين و المعتمدين من قبل مدير المدرسة هم الوحيدين الذين سيتمكنون من مساعدة أبني على تناول الدواء (الأدوية) المذكورة أعلاه وفقاً لتوجيهات الطبيب.

سأقوم بتقديم الأدوية في حاويات الأدوية التي سيكون مكتوب عليها أسم أبني الطالب و أسم الطبيب الذي وصف هذه الأدوية و الكمية أو الجرعات التي يجب تناولها.
في حالة حدوث أي تغيير في تعليمات الطبيب ، يجب أن أقوم بملئ أستمارة جديدة و التوقيع عليها بصفتي ولي أمر الطالب/الوصي القانوني عليه و كذلك يوقع عليها الطبيب نفسه.

لن يُسمح بتناول الأدوية الموصوفة و غير الموصوفة داخل المدرسة بدون تقديم بيان مكتوب من قبل الطبيب و بيان مكتوب من قبل ولي الأمر يشيران الى الرغبة في أن تقوم المنطقة التعليمية بمساعدة الطالب على تناول أدويته و على النحو المنصوص في بيان الطبيب المذكور أدناه.

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

التاريخ/Date

التوقيع/Signature

عنوان المنزل/Address

هاتف العمل/Work No

هاتف المنزل/Home No

هذه الأستمارة صالحة المفعول للسنة
الدراسية 2021-2022

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

- **Name of Medication** **Method of Administration** **Dosage Appx.** **Time of Day**
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