Renaissance
INTERNATIONAL SCHOOL SAIGON

A 74 Nguyen Thi Thap Street, Binh Thuan Ward, District 7, Ho Chi Minh City, Viet Nam
T (+84-8) 3773 3171
W www.renaissance.edu.vn
E info@renaissance.edu.vn

GIẤY GỬI THUỐC

Thuốc sẽ không được phép sử dụng nếu không có sự cho phép bằng văn bản của phụ huynh cùng với hướng dẫn rõ ràng về cách sử dụng. Thuốc chỉ có thể được dùng với số lượng theo hướng dẫn trên nhãn. Nhà trường sẽ không được phép cho học sinh sử dụng bất kỳ loại thuốc nào khi trên nhãn ghi ngày đã hết hạn hoặc khi thuốc không có hạn sử dụng.

Yêu cầu về thuốc của Phụ huynh

Tên học sinh					Lớp
Dị ứng thức ăn hoặc thuốc: ◯ Có ◯ Không Nếu có, vui lòng ghi rõ:					
Tên thuốc	Lý do sử dụng thuốc	Liều dùng	Thời gian dùng	Đường dùng thuốc Ví dụ: đường uống, thoa ngoài da,...)	Tiếp tục sử dụng đến ngày
1. Vd: Prospan Siro ho	*Ho*	*5ml*	Sau ăn trưa	Đường uống	Đến ngày mai
2.					
3.					
4.					
5.					

Bằng văn bản này, tôi yêu cầu nhân viên nhà trường cho trẻ uống thuốc đề cập ở bảng trên. Tôi hiểu rằng tất cả các loại thuốc phải ở trong hộp/túi có ghi rõ liều lượng, có dán nhãn tên của trẻ và hướng dẫn sử dụng thuốc. Thuốc kê đơn phải được gửi cùng với đơn thuốc. Tôi hiểu rằng không được gửi thuốc không kê đơn quá một (1) tuần. Bằng việc ký tên bên dưới, tôi đồng ý với các điều khoản trên và miễn trừ nhà trường cũng như nhân viên của trường khỏi trách nhiệm pháp lý đối với các phản ứng mà trẻ có thể gặp phải do dùng thuốc này.

Tên phụ huynh hoặc người giám hộ	
Quan hệ với học sinh	
Phụ huynh ký tên	Ngày