

مدارس Liberty Public Schools
نموذج تصريح بإعطاء أدوية

اسم الطالب: _____ الصف: _____ السنة الدراسية: _____

تاريخ البدء	الدواء	الجرعة	الوقت	تاريخ الانتهاء

أقرُّ بموافقتي على السماح لموظفي District بإعطاء الدواء لطفلي، وأدرك أن هينئه التدريس والعاملين والمتطوعين في Liberty School District No. 53 غير مسؤولين أو عرضة للمساءلة في حالة الإصابة الناجمة عن الأدوية التي يقدمها موظفو District.

ضع علامة على نعم ' أو لا ' ثم قم بالتوقيع أدناه

أمنح الإذن بأن يتناول طفلي أسيتامينوفين 325 ملغ (1-2 قرص) كل 4 ساعات حسب لا نعم _____
الحاجة خلال اليوم الدراسي. سيتم إعطاء ما لا يزيد عن 25 جرعة في السنة الدراسية من دون
وصفة طبية.

ينبغي إعطاء الدواء في المنزل كلما كان ذلك ممكناً. وإذا تعين إعطاء الأدوية خلال اليوم الدراسي، سيتم تطبيق ما يلي:

1. يجب أن تُحفظ جميع الأدوية في عبواتها الأصلية، وأن تكون ملصقاتها واضحة عليها.
2. لن يُعطي الموظفون الجرعة الأولى من أي دواء إلا إذا كانت حالة طارئة.
3. لن تُعطى الأدوية منتهية الصلاحية.
4. الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية، ستُعطى وفقاً لتوجيهات الجرعات الموجودة على الزجاجة. أي جرعة أخرى يجب أن تكون بأمر من الطبيب.
5. الأدوية أو المكملات الغذائية التي لم توافق عليها إدارة الغذاء والدواء FDA (مثل العلاجات العشبية) تتطلب إذن كتابي من الوالد - الوالدة وتكون بأمر من الطبيب.
6. ما لم يذكر خلاف ذلك، فإن جميع تصاريح (أذن) الأدوية ستمتد حتى المدرسة الصيفية (الدراسة خلال العطلة الصيفية).

توقيع الوالد - الوالدة/ولي الأمر

التاريخ