Hamilton Southeastern Schools
طلب إعطاء الدواء الصف التاسع – الثاني عش
للطالب خلال اليوم الدراسي
2026-2025

sإذا أصبح من الضروري تناول الطالب لأدوية أو تلقي علاج خلال اليوم الدراسي، يجب على الوالد أو الوصي ملء استمارة الطلب هذه وتقديمها في مكتب التمريض المدرسي. إذا وُصِفَ الدواء أو العلاج من قِبلِ الطبيب، فيجب على الوالد أو الوصي تقديم وصفة طبية مكتوبة من طبيب الطفل أو ملصق الصيدلية الحالي مع الطلب. أمر الطبيب ضروري أيضاً لعينات الوصفات الطبية التي ربما تم إعطاؤها للطالب، أو لأي دواء بدون وصفة طبية غير موصى به للأطفال دون سن الثانية عشرة.

يجب أن تكون جميع الأدوية الأخرى التي لا تستلزم وصفة طبية في علبتها الأصلية مع كتابة اسم الطالب وتاريخ ميلاده. سيتم اتباع تعليمات الملصق لجميع الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية ما لم يصف الطبيب غير ذلك.

تفويض ولي الأمر أو الوصي

أطلب أن يتم إعطاء الدواء الموصوف أدناه لطفلي/الطفل تحت وصايتي في الأوقات المحددة خلال اليوم الدراسي. سأعطي الممرض/الممرضة الدواء في عبوته الأصلية أو زجاجة الوصفة الطبية الحالية.

أفهم أن أحد الوالدين أو الوصي سوف ينقل جميع الأدوية من وإلى المدرسة. يجب استعادة الأدوية بحلول اليوم الأخير من المدرسة، أو سيتم التخلص من الأدوية.

أفهم أنه ما إذا كان لدى طفلي أكثر من سبعة (7) أدوية، يجب أن أكمل استمارةً إضافيةً لهذه الأدوية هذا الطلب ساري المفعول لمدة عام دراسي واحد ويجب تجديده سنوياً أو كلما حدث تغيير في الأدوية.

أفهم أنه يجب ملء استمارة منفصلة لكل دواء. هذا الطلب ساري المفعول لمدة عام دراسي واحد ويجب تجديده سنوياً أو كلما حدث تغيير في الدواء.

أفهم أن هذا الدواء سوف يتم إعطاؤه لطفلي فقط من قبل موظفين معتمدين وسيتم الاحتفاظ به في مكان آمن داخل عيادة التمريض المدرسي.

بالنسبة للأدوية التي تتطلب التبريد، أقر أنه وعلى الرغم من أن الأدوية الخاصة بطلابي تُخزنُ في العيادة المدرسية، إلا أن المؤسسة التعليمية وشبكة المجتمع الصحي لا تتحملان المسؤولية عن تغير درجة الحرارة الذي قد يؤدي إلى فقدان صلاحية المنتج. الوالد/الوصي سيكون مسؤولاً عن استبدال المنتج. تتم مراقبة درجات حرارة الثلاجة يومياً في أيام الدوام المدرسي.

يرجى إكمال الجدول في الصفحة التالية لجميع الأدوية التي تمنح الإذن لطاقم التمريض المدرسي بإعطائها خلال العام الدراسي، وعند الاقتضاء خلال المدرسة الصيفية

☐ أعطي إذني لطفلي في الصفوف 9-12 لإحضار أي دواء غير مستخدم إلى المنزل في نهاية العام الدراسي.

_____ _____
توقيع الوالد أو الوصي التاريخ

_____ _____/_____/_____
الاسم المطبوع #رقم الهاتف الأساسي
#رقم الهاتف الثانوي

Hamilton Southeastern Schools
طلب إعطاء الدواء الصف التاسع – الثاني عش
للطالب خلال اليوم الدراسي
2026-2025

_____ تاريخ ميلاد الطالب: _____/_____/_____

اسم الطالب (يُرجى طباعته)

الشهر اليوم السنة

اسم الدواء	بوصفة طبية أو بدون وصفة طبية	الأيام التي يجب أن يُعطى الدواء فيها	عدد مرات إعطاء الدواء	كمية الدواء التي يجب إعطاؤها	أسباب إعطاء الدواء (الأدوية) وتعليمات خاصة	Start Date / End Date
Medication Name	Prescription or Over the Counter	Days Medication is to be Given	Time(s) to Administer Medication	Amount of Medication to be Given	Reason for Medication(s) and Special instructions	
	□ بوصفة طبية (Rx) □ بدون وصفة طبية (OTC)		_____ صباحاً (AM) _____ مساءً (PM)			
	□ بوصفة طبية □ بدون وصفة طبية		_____ صباحاً _____ مساءً			
	□ بوصفة طبية □ بدون وصفة طبية		_____ صباحاً _____ مساءً			
	□ بوصفة طبية □ بدون وصفة طبية		_____ صباحاً _____ مساءً			
	□ بوصفة طبية □ بدون وصفة طبية		_____ صباحاً _____ مساءً			
	□ بوصفة طبية □ بدون وصفة طبية		_____ صباحاً _____ مساءً			
	□ بوصفة طبية □ بدون وصفة طبية		_____ صباحاً _____ مساءً			

_____ _____
توقيع الوالد أو الوصي التاريخ

_____ _____/_____
الاسم المطبوع #رقم الهاتف الأساسي / #رقم الهاتف الثانوي