

نموذج الموافقة الطبية على المشاركة في رحلة سير ميدانية في العام الدراسي 2017/2016 م FIELD AND WALKING
TRIP MEDICAL CONSENT FORM

يجب علي أولياء الأمور تعبئة هذا النموذج وإرساله إلى ممرضة المدرسة قبل سبعة أيام على الأقل من موعد أول رحلة ميدانية أو رحلة سير في العام الدراسي وتحديث هذا النموذج إذا طرأ أي تغيير في الحالة الصحية للأبناء.

اسم الطالب	تاريخ الميلاد
عنوان المنزل (الشارع والرمز البريدي)	اسم الطبيب
رقم تليفون المنزل	رقم تليفون الطبيب
اسم شركة التأمين	رقم بطاقة التأمين

الحالة الصحية للطالب

هل يعاني ابنك من أي مشكلة صحية حاليًا؟ (يرجى التأشير أمام الحالة وكتابة التفاصيل اللازمة.)

الحساسية (التي تتطلب الدواء العاجل) _____ الربو أو مشاكل التنفس _____

مشاكل القلب _____ مرض السكري _____

نوبات الصرع _____ مشاكل في العظام والمفاصل _____

وخزة نحلة (التي تتطلب الدواء العاجل) _____ مشاكل صحية أخرى؟ _____

يرجى كتابة تفاصيل المشكلة الصحية: _____

الأدوية

** يجب أن تحصل ممرضة المدرسة على وصفة طبية حديثة تحتوي الأدوية المطلوبة لتسجيلها في ملف الطالب وإرسالها معه في الرحلة، يرجى التواصل مع ممرضة المدرسة المسؤولة عن ابنك للتأكد من استكمال جميع النماذج الطبية.

الأدوية التي يجب أن يتناولها الطفل أثناء الرحلة الميدانية: _____

_____ (الحروف الأولى من الاسم) ابني لا يلزمه أي أدوية أثناء الرحلات الميدانية في هذا العام الدراسي.

أصرح للطبيب أو المستشفى بتأمين العلاج الطبي اللازم بما في ذلك (على سبيل المثال لا الحصر) الأدوية الطبية أو الحقن أو التخدير أو الجراحة لابني المذكور اسمه سالفًا.

حسب معلوماتي البيانات الصحية المذكورة دقيقة وصحيحة، وابني مصرح له بالمشاركة في جميع الأنشطة باستثناء الأنشطة سابقة الذكر، وفي حالة عدم التمكن من التواصل معي في حالات الطوارئ، أصرح للمدرسة أو من ينوب عنها بالسماح بتقديم العلاج الطبي الذي تتصح به الجهة الطبية المختصة الموجودة حينها لتقديم العلاج. ويشمل هذا التصريح أيضًا استقبال الطفل في المستشفى وتلقي الإسعافات الأولية إذا لزم الأمر. وأدرك أنني سوف أتحمّل تكاليف جميع الأدوية والعلاج الطبي الخاص بالرحلة.

التاريخ

توقيع ولي الأمر

يعياً بمعرفة ممرضة المدرسة فقط

لا مشاكل طبية: ___ يحتاج إلى رعاية ممرضة ___ لا يوجد وصفة طبية أو رسالة من الطبيب ___ مراجعة الممرضة قبل 48/24 ساعة من الرحلة ___

قدرة الطالب على تناول الدواء: ___ يتناول الدواء بنفسه ___ لا يستطيع تناول الدواء بنفسه

برنامج الرعاية الطبية/الطوارئ: ___ نعم (إذا كان الجواب نعم يرجى توفيرها) ___ لا يوجد

تعليقات ولي الأمر: _____

التاريخ

توقيع الممرضة

يخص هذا النموذج إدارة التعليم في مدينة روتشستر ولا يجوز استخدامه في حالة عدم موافقة الإدارة على الرحلة الميدانية، ولا يجوز التعديل فيه ويجب تعبئة جميع البيانات المطلوبة فيه حتى يمكن التعامل معه والموافقة عليه.

يمكن الحصول على النسخة الكترونية من هذا النموذج على الموقع <http://www.rcsdk12.org> على رابط نماذج الخدمات الطبية للأباء Health Services Form for Parents.

خدمات التمريض المدرسية، الرحلة المدرسية – معلومات الطوارئ الطبية