

पिकरिङ्टन स्कूल्स (Pickerington Schools)

निर्देशित नगरिएका औषधिहरूको प्रबन्ध गर्ने ग्रेड k देखि 12 सम्म

होमरूम शिक्षक: _____ ग्रेड: _____

विद्यार्थीको नाम: _____ जन्ममिति: _____

औषधिको नाम: _____ बल: _____ डोज: _____

औषधिको प्रबन्ध गर्ने समय: _____

औषधि सेवन गर्न सुरु गर्ने मिति: _____ औषधि सेवन गर्न बन्द गर्ने मिति: _____

मैले म (आमाबुवा/अभिभावक) सुरक्षित डेलिभरीका लागि जिम्मेवार छु र सबै औषधि क्लिनिकमा लैजान्छु भन्ने कुरा बुझ्दछु। विद्यालय वर्षको अन्त्यमा पुनः प्राप्त नगरिएका कुनै पनि औषधि उचित रूपमा नष्ट गरिने छ। प्रत्येक विद्यालय वर्षमा नयाँ प्रशासनिक निर्देशित नगरिएको औषधि फारम आवश्यक हुन्छ।

म निम्न कुरामा सहमत छु:

- मूल कन्टेनरको क्लिनिकमा औषधि पठाउन
- मेरो बच्चा/बच्चाहरू क्लिनिक वा विद्यालयले आयोजना गरेको कार्यक्रममा औषधि व्यवस्थापन गर्न बोर्ड नीतिले निर्दिष्ट गरेको विद्यालय नर्स वा विद्यालयका कर्मचारीहरूसँग औषधि लिन निर्देशन दिन
- मेरो बच्चा/बच्चाहरू अर्को विद्यार्थीलाई पसलमा सजिलै किन्न सकिने कुनै पनि औषधि उपलब्ध गराउन वा बेच्न अनुमति छैन भनी निर्देशन दिनका लागि। यस नियमको उल्लङ्घनलाई विद्यालयको आचार संहिताको उल्लङ्घन मानिने छ।
- औषधि, डोज वा निर्देशनहरूमा परिवर्तन भएमा नयाँ प्रबन्धित निर्देशन नगरिएका औषधिहरू पेश गर्न।
- मेरो बच्चा/बच्चा यो औषधि सेवन गर्न बन्द गर्नु परेमा लिखित नोट पठाउन। म पाँच दिनभित्र औषधि प्राप्त गर्ने छु। म औषधि राम्रोसँग पाँच दिनपछि डिस्पोज हुने छ भन्ने कुरा बुझ्दछु।

म यसद्वारा पिकरिङ्टन लोकल स्कूल डिस्ट्रिक्ट (Pickerington Local School District), यसका अधिकारी र कर्मचारीहरूलाई मेरो बच्चा/बच्चा पसलमा सजिलैसँग किन्न पाइने औषधिको प्रयोगबाट प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा हुने क्षति वा चोटको कुनै पनि र सबै दायित्वबाट मुक्त गर्छु।

आमाबुवा/अभिभावकको नाम लेख्नुहोस्: _____ टेलिफोन नम्बर: _____

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____