

पिकरिङ्टन स्कूल्स (Pickerington Schools)

विशेष स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरूका लागि अनुरोध आमाबुवाको अनुमति

विद्यार्थीको नाम: _____

म, माथि नाम लेखिएको विद्यार्थीको हस्ताक्षर गर्ने आमाबुवा वा अभिभावक वा संरक्षक बच्चालाई **विशेष स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी सेवाहरूको चिकित्सक अनुमति** फाराम र चिकित्सक (यसपछि सामूहिक रूपमा "चिकित्सकको अनुमतिमा सन्दर्भ गरिन्छ) द्वारा अनुमोदित संलग्न प्रक्रियाका लागि संलग्न अनुरोधमा उल्लेख गरिएका विशेष स्वास्थ्य सेवा वा आपतकालीन स्याहार सेवा उपलब्ध गराउन अनुरोध गर्छौं र म यसद्वारा पिकरिङ्टन स्कूल्सको शिक्षा बोर्ड (Pickerington Schools Board of Education) लाई मेरो बच्चालाई विद्यालय समय वा विद्यालयका गतिविधिको अवधिमा संलग्न चिकित्सक अनुमति फाराममा उल्लेख गरिएका स्वास्थ्य स्याहार वा आपतकालीन सेवा आवश्यक पर्ने चिकित्सकीय अवस्था छ भन्ने सूझाव दिन्छु।

म स्कूल डिस्ट्रिक्टका कर्मचारीहरूलाई सबै आवश्यक औषधि, उपकरण र आपूर्तिहरू उपलब्ध गराउन सहमत छु। संलग्न प्रक्रिया वा स्याहार, बच्चाको अधिकृत चिकित्सक वा संलग्न चिकित्सक प्राविधिकरणमा सम्मिलित कुनै पनि जानकारीमा कुनै परिवर्तन भएमा म प्रधानाध्यापक वा डिजाइनीलाई तुरुन्त सूचित गर्न सहमत छु।

म प्रधानाध्यापकद्वारा निर्दिष्ट गरिए अनुसार विद्यालयका कर्मचारीहरूलाई चिकित्सकद्वारा अनुमोदित संलग्न स्वास्थ्य वा आपतकालीन स्याहार उपलब्ध गराउने अधिकार दिन्छु। स्वास्थ्य वा आपतकालीन स्याहार उचित रूपमा प्रशिक्षित कर्मचारीहरूद्वारा उपलब्ध गराइने छ र अन्यथा सङ्केत नगरिसम्म, त्यस्ता कर्मचारी प्रशिक्षित स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी पेशेवरहरू होइनन् भन्ने कुरा म बुझ्छु। स्वास्थ्य वा आपतकालीन स्याहार उपलब्ध गराउन कर्मचारीहरूको प्रशिक्षण मलाई प्रतिलिपि उपलब्ध गराइएको शिक्षण मोड्युलमा उल्लिखित विद्यालय नर्सले उपलब्ध गराएकोमा मात्र सीमित छ।

यस अनुमति फाराममा हस्ताक्षर गरेर, म पिकरिङ्टन स्कूल डिस्ट्रिक्टको शिक्षा बोर्ड (Board of Education of Pickerington Schools district) र यसका कर्मचारी, बोर्ड सदस्य, एजेन्ट र प्रतिनिधिहरूलाई यस प्राधिकरण र संलग्न चिकित्सक प्राधिकरणमा वर्णन गरिएको विशेष स्वास्थ्य सेवा वा आपतकालीन स्याहारको प्रावधानबाट प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा हुने क्षति वा चोटका लागि कुनै पनि र सबै दायित्वबाट मुक्त गर्न र राख्न सहमत छु।

आमाबुवाको अनुमति:

आमाबुवा, अभिभावक वा संरक्षकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

नाम लेख्नुहोस्: _____ फोन: _____

ठेगाना: _____