

الجزء A الوالد/الوصي: أكمل البنود من 1 إلى 11

(1) رقم تعريف الطالب:	(2) الاسم الأخير للطالب	(3) الاسم الأول للطالب	(4) تاريخ الولادة
(5) المدرسة	(6) الصف		
اسم الوالد/الوصي ومعلومات الاتصال الخاصة به	(7) الاسم	(8) رقم الهاتف	(9) عنوان المراسلة البريدية، المدينة، الولاية، الرمز البريدي
(10) الاتصال في حالة الطوارئ	(11) ملحوظة للوالد/الوصي: إن التوقيع على هذا النموذج يعني مجلس التعليم بمقاطعة جيفرسون وموظفيه من أي مسؤولية قد تنتج عن خطة العمل هذه. ولا يعني هذا النموذج المدرسة أو موظفيها من المسؤولية الناتجة عن إهمالهم. كما إنني أثنى لمقدم الرعاية الصحية في إكمال هذا النموذج وتوقيعه لتبادل المعلومات مع موظفي JCPS فيما يتعلق بهذه الحالة الصحية. وعلاوة على ذلك فإنني أقر وأوافق بأنه عندما أسمح لطفلي بحضور رحلة ميدانية برعاية المدرسة، قد يتم أيضاً توفير هذه الأدوية و/أو الخدمات الصحية من قبل متطوع مرخص له. يجب على الآباء ملاحظة أنه: يجب حفظ نموذج التفويض بوصفة طبية في ملف في المدرسة ليتم إعطاء الأدوية في المدرسة		
توقيع الوالد/الوصي	رقم الهاتف:	التاريخ	X

الجزء B يُستكمل هذا القسم بواسطة مقدم الرعاية الصحية فقط: أكمل البنود من 12 إلى 24

(12) الحساسية / حساسية اللاتكس: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
(13) تشخيص الطالب:
(14) نوع أنبوب التغذية: أنبوب NG <input type="checkbox"/> أنبوب NJ <input type="checkbox"/> أنبوب G <input type="checkbox"/> أنبوب J <input type="checkbox"/> أنبوب GJ <input type="checkbox"/> غير ذلك: <input type="checkbox"/>
(15) هل يُسمح للطفل بتناول أي طعام / شراب عن طريق الفم؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
(16) اسم التركيبة: _____ مل **يجب إرسال تركيبة التغذية إلى المدرسة في عبوة مميزة بملصق يوضح قائمة المكونات
(17) المضخة المستخدمة: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
(18) التغذية بالجاذبية: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
(19) مواعيد التغذية: _____
(20) حجم إضافي من المياه: _____ مل أوقات المياه: _____
(21) هل يمكن توفير مياه إضافية للرحلات الميدانية الخارجية خلال فترات المياه الدافئة: نعم الكمية: _____ مل <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
(22) إذا تم إخراج أنبوب التغذية من مكانه، فهل يمكن لممرضة مدرية استبداله؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
(23) تعليقات مقدم خدمة الرعاية الصحية الإضافية: _____ _____
(24) معلومات مقدم الرعاية الصحية: يجب توقيع النموذج من قبل مقدم الرعاية الصحية والوالد/الوصي توقيع مقدم الرعاية الصحية: _____ اسم مقدم الرعاية الصحية مطبوعاً: _____ X
ختم المكتب الطبي (مطلوب للمعالجة)