



Doldurulmuş formu şu adrese iade edin:
Jefferson County Public Schools,
Health Services Department, LAM Building
4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
Telephone # (502) 485-3387
Fax # (502) 485-3670

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL
OKUL SAĞLIK PLANI
ASTIM

Akademik
Okul Yılı:

BU ALANI BOŞ BIRAKIN

0770620686

Lütfen düzgün bastırın.

BÖLÜM A Ebeveyn/Veli: 1 - 11 Öğelerini Tamamlayın

1) Öğrenci Numarası	2) Öğrencinin Soyadı	3) Öğrencinin Adı	4) Doğum tarihi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) Okul	6) Derece		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Ebeveyn/Veli Adı ve İletişim Bilgileri

7) Adı	8) Telefon Numarası	9) Posta Adresi, Şehir, Eyalet, Posta Kodu
<input type="text"/>	() -	<input type="text"/>
10) Acil İletişim	() -	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

11) Ebeveyne/veliye not: Bu formu imzalamak, Jefferson İlçesi Eğitim Kurulu ve çalışanlarını bu eylem planından kaynaklanabilecek her türlü sorumluluktan muaf tutacaktır. Bu form, okulun veya çalışanlarının kendi ihmallerinden dolayı sorumluluklarını ortadan kaldırmaz. Ayrıca, sağlık hizmeti sağlayıcısının bu bilgileri bu bilgilerle ilgili olarak JCPS personeli ile doğrulaması için bu formu doldurmasına ve imzalamasına izin veriyorum. İlaçların ve tedavilerin büyük olasılıkla eğitilmiş, lisanssız JCPS personeli tarafından uygulanacağını da kabul ediyorum. Çocuğum tarafından okulun sponsor olduğu bir okul gezisine katılmasına izin verdiğimde, bu ilaçların ve/veya sağlık hizmetlerinin lisanslı bir gönüllü tarafından da sağlanabileceğini kabul ediyorum ve onaylıyorum.

Ebeveynler lütfen unutmayın: Okulda ilaçların verilebilmesi için okulda bir reçete yetki formu dosyalanmalıdır

EBEVEYN/VELİ İmzası

TELEFON NUMARASI

() -

TARİH

BÖLÜM B YALNIZCA SAĞLIK HİZMETLERİ SAĞLAYICI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR: 12 - 17 Öğelerini Tamamlayın

12) Bu çocukta ASTIM var mı? EVET HAYIR Diğer Teşhis: _____

13) Bu çocuğun astımını hangi şeyler tetikleyebilir?

Polenler Toz Hayvanlar Egzersiz Gıdalar Hastalık Diğer: _____

14) Astım BELİRTİLERİ şunları içerebilir:

Öksürme Hırıltı Nefes darlığı

Lütfen bu çocuğa özgü diğer semptomları listeleyin: _____

15) **OKULDA Astım İlaçları:** EVET HAYIR

16) Bu öğrenci eğitilmiş mi ve kendi astım spreyini taşıyabilecek ve kendi başına kullanabilecek mi? EVET HAYIR

17) **Sağlık Hizmeti Sağlayıcı Bilgileri** Form bir Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı ve ebeveyn/veli tarafından imzalanmalıdır

Sağlık Sağlayıcı İmzası

Tarih

Sağlık Kurumu Mührü (işlenmesi için gereklidir)

Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Basılı Adı