



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

G-Tüpü

Akademik Okul Yılı:

BU ALANI BOŞ BIRAKIN

1743613151

*** 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"/>

11) **Ebeveyne/veliyeye 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 formu doldurmasına ve imzalamasına, JCPS personeli ile bu sağlık durumuna ilişkin bilgi alışverişinde bulunmasına izin veriyorum. Çocuğuma okul destekli bir okul gezisine katılma yetkisi 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 – 24 Öğelerini Tamamlayın

12) LATEKS ALLERJİ/DUYARLILIK: EVET HAYIR

13) Öğrenci Teşhisi:

14) **Besleme Tüpü Tipi**

NG Tüpü NJ Tüpü G Tüpü J Tüpü GJ Tüpü Diğer: _____

15) Çocuğun ağızdan yiyecek/içecek almasına izin veriliyor mu? EVET HAYIR

16) Formülün Adı: _____ Verilecek hacim: _____ ml

**Beslenme formülü, listelenen malzemelerle birlikte etiketli bir kapta okula gönderilmelidir.

17) Kullanılacak pompa: EVET HAYIR

18) Yerçekimi: EVET HAYIR

19) Beslenme Süre(ler)i: _____

20) Ek su hacmi: _____ ml Su saatleri: _____

21) Ilık su sırasında açık hava gezileri için ek su uygulanabilir:

EVET Miktar: _____ ml HAYIR

22) Besleme Tüpü yerinden çıkarsa, Eğitimli Hemşire onu değiştirebilir mi? EVET HAYIR

23) Ek Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Yorumları:

24) **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