

Tafsiri hili ni la madhumuni ya kurejelea peke yake. Tafadhali kamilisha na urudishe kwa Kiingereza.



Rudisha fomu iliyokamilishwa kwa:
Jefferson County Public Schools,
Health Services Department, LAM Building
4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
Telephone # (502) 485-3387
Fax # (502) 485-3387

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

MPANGO WA AFYA YA SHULE
MIZIO ISIYO YA CHAKULA

Mwaka wa Shule:

USIANDIKE KATIKA SEHEMU HII

7906315012

Tafadhali chapisha kwa makini.

SEHEMU A Mzazi / Mlezi: Kamilisha Vitu 1 - 11

1) # ya Mwanafunzi ya Utambulisho	2) Jina la Mwisho la Mwanafunzi	3) Jina la Kwanza la Mwanafunzi	4) Tarehe ya Kuzaliwa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) Shule	6) Daraja
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jinan a Habari ya Mawasiliano ya Mzazi/Mlezi

7) Jina	8) Nambari ya Simu	9) Anwani ya Kutuma Barua, Jiji, Nchi, Msimbo
<input type="text"/>	() -	<input type="text"/>

10) Nambari ya Dharura	() -
<input type="text"/>	<input type="text"/>

11) Dokezo kwa mzazi/mlezi: Kusahihi fomu hii kutawachilia Bodi ya Elimu ya Kaunti ya Jefferson na wafanyakazi wake kutokana na dhima ya aina yoyote unaoweza kutokana na hatua ya mpango huu. Fomu hii haitaondoa dhima ya shule au wafanyakazi wake kwa uzembe wao wenyewe. Pia, ninatoa idhini kwa mtoaji utunzaji wa afya kukamilisha na kusahihi fomu hii ili kubadilisha habari nawafanyakazi wa JCPS kuhusu hali hii ya afya. Ninathibitisha na kukubali wakati ninapoidhinisha mtoto wangu kuhudhuria safari ya uwanjani inayofadhiliwa na shule dawa hizi na / au huduma za afya pia zinaweza kutolewa na mjitolea mwenye leseni.

Wazazi tafadhali kumbuka: Fomu ya idhini ya maagizo lazima iwe kwenye faili shuleni kwa dawa zitakazopewa shuleni

Sahihi ya MZAZI/MLEZI

NAMBARI YA SIMU

TAREHE

SEHEMU B KUKAMILISHWA NA MTOAJI UTUNZAJI WA AFYA PEKE YAKE: Kamilisha Vitu 12 - 16

12) Tafadhali orodhesha mizio.

Matibabu: _____

Wadudu Wanaodunga: _____

Injine: _____

13) Dalili za athari za mzio zinaweza kujumuisha: Kujikuna / Uvimbe wa Midomo, Kinywa, Ulimi au Koo, Uvimbe / Upele, Kichefuchefu / Kutapika / Zingizi za Tumbo, Upungufu wa Hewa, Kukohoa kwa Uzito, Kukohoa, Kizunguzungu, UKukosa fahamu

Tafadhali orodhesha dalili zingine maalum kwa mtoto huyu: _____

14) Matibabu Shuleni:

EpiPen Jr. EpiPen Auvi-Q

* EpiPen/Twinject/Auvi-Q kupewa katika mwanzo wa athari ya mzio na/au kuambukizwa kwa kisababishi mzio.

15) Je, mwanafunzi anaweza kubeba kifaa chake cha EpiPen/Auvi-Q na kutumia peke yake?

Ndio La

16) Habari ya Mtoaji Huduma ya Afya Ni lazima fomu isahihiwe na Mtoaji Huduma ya Afya na mzazi/mlezi

Sahihi ya Mtoaji Huduma ya Afya

Tarehe

Stempu ya Afisi ya Matibabu (inahitajika kwa usindikaji)

Jina la Kuchapishwa la Mtoaji Huduma ya Afya

Taasisi hii ni mtoaji na mwajiri wa fursa sawa.

JCPS Non-Food Allergies, **SWAHILI**.