



बाट यसमा पूरा गरेको फारम फिर्ता गर्नुहोस्:
 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

स्कूल स्वास्थ्य योजना

दम

कृपया सफासंग प्रिन्ट गर्नुहोस्!

स्कूल बर्ष:

यो स्थानमा नालेखनुहोस्

0770620686

भाग A अभिभावक / संरक्षक: पुरा गरेको बस्तुहरु 1 - 11

1) विद्यार्थी आईडी #	2) विद्यार्थीको अन्तिम नाम	3) विद्यार्थीको पहिलो नाम	4) जन्म मिति
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) स्कूल	6) ग्रेड		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

अभिभावक / संरक्षकको नाम र सम्पर्क जानकारी

7) नाम	8) फोन नम्बर	9) पत्राचार ठेगाना, शहर, राज्य, ज़िप
<input type="text"/>	() -	<input type="text"/>
10) आपतकालीन सम्पर्क	() -	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

11) **अभिभावक / संरक्षकलाई नोट:** यो फारममा हस्ताक्षर गर्दा जेफर्सन काउन्टी बोर्ड अफ एजुकेशन र यसका कर्मचारीहरूलाई कुनै पनि प्रकृतिको दायित्वबाट मुक्त गर्नेछ जुन यस कार्य योजनाको परिणाम स्वरूप हुन सक्छ। यस फारमले स्कूल वा यसका कर्मचारीहरू स्वयमः को लापरबाहीको दायित्व हटाउने छैन। साथै, म यस जानकारीको बारेमा JCPS कर्मचारीसँग यो जानकारी प्रमाणीकरण गर्न स्वास्थ्य प्रदायकहरूलाई यो फारम पूर्ण गर्न र हस्ताक्षर गर्न अनुमति दिन्छु। म पनि स्वीकार गर्दछु कि, औषधी र उपचार सम्भवतः तालिमप्राप्त, लाइसेन्स नभएका JCPS कर्मचारीहरूद्वारा ब्यबस्थापन हुनेछ। म स्वीकार गर्दछु र स्वीकार गर्दछु जब म बच्चा प्रायोजित स्कूल प्रायोजित क्षेत्र भ्रमणमा भाग लिनको लागि अधिकृत गर्दछु यी औषधीहरू र / वा स्वास्थ्य सेवाहरू पनि इजाजतपत्र प्राप्त स्वयम्सेवक द्वारा प्रदान गर्न सकिन्छ।

अभिभावक कृपया ध्यान दिनुहोस्: स्कूलमा औषधी दिनको लागि प्रिस्क्रिप्शन आधिकारिक फारम स्कूलको फाईलमा हुनुपर्दछ

अभिभावक / संरक्षक हस्ताक्षर	टेलिफोन नम्बर	मिति
X	() -	<input type="text"/>

भाग B हेल्थकेयर प्रदायकद्वारा मात्र पुरा गर्नुहोस्: पुरा गरेको बस्तुहरु 12 - 17

12) के यस बच्चालाई दम छ? हो होईन अन्य निदान: _____

13) कुन कुराहरुले यस बच्चालाई दम हुन सक्छ?
 पोलेन धुलो जनावरहरु व्यायाम खानाहरु बिरामी अन्य: _____

14) दमको लक्षणहरुमा यी समावेश हुनसक्छ:
 खोकी घरघराहट सास फेर्न कठिनाई
 कृपया यस बच्चाका लागि निर्दिष्ट कुनै पनि अन्य लक्षणहरु सूचीबद्ध गर्नुहोस्: _____

15) स्कूलमा दम औषधिहरु: हो होईन

16) के यो विद्यार्थी तालिम प्राप्त छ र आफ्नै इन्हेलर बोक्न र यसलाई आफ्नै किसिमले प्रयोग गर्न सक्षम छ? हो होईन

17) **स्वास्थ्य सेवा प्रदायक जानकारी** फारम अनिवार्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र अभिभावक / संरक्षकद्वारा हस्ताक्षर गर्नु पर्छ

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको हस्ताक्षर	मिति	चिकित्सा कार्यालयको छाप (प्रशोधनको लागि आवश्यक)
X	<input type="text"/>	
स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको मुद्रित नाम	<input type="text"/>	