

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
PUMU

Mwaka wa
 Shule:

USIANDIKE KATIKA SEHEMU HII

0770620686

Tafadhali chapisha kwa makini.

SEHEMU A Mzazi/Mlezi: Kamilisha Vitu 1 - 11			
1) # ya Mwanafunzi ya Utambulisho		2) Jina la Mwisho la Mwanafunzi	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3) Jina la Kwanza la Mwanafunzi		4) Tarehe ya Kuzaliwa	
<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"/>	<input type="text"/>
10) Nambari ya Dharura		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
11) Dokezo kwa mzazi/mlezi: Kusahihi fomu hii kutawachilia Bodi ya Elimu ya Kaunti ya Jefferson na wafanyikazi wake kutokana na dhima ya aina yoyote unaoweza kutokana na hatua ya mpango huu. Fomu hii haitaondoa dhima ya shule au wafanyikazi wake kwa uzembe wao wenyewe. Pia, ninatoa ruhusa kwa mtunzaji huduma ya afya kukamilisha na kusahihi fomu hii kuhakikish habari hii na wafanyikazi wa JCPS kuhusu habari hii. Ninakubali pia kwamba dawa na matibabu san asana henda yakapewa na mtaalamu wa JCPS aliyefunzwa, asiye na leseni. Ninaitikia na kukubali wakati ninaamrisha mtoto wangu kuhudhuria safari ya uwanjani iliyofadhiliwa na shule dawa hizi na/au huduma za afya zinaweza kutolewa na mjitolea aliye na 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
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEHEMU B KUKAMILISHWA NA MTOAJI UTUNZAJI WA AFYA PEKE YAKE: Kamilisha Vitu 12 – 17			
12) Je, mtoto huyu ana PUMU?		Uchambuzi Mwingine: _____	
<input type="checkbox"/> NDIO <input type="checkbox"/> LA			
13) Je, ni mambo yapi yanaweza kusababisha pumu ya huyu mtoto?			
<input type="checkbox"/> Poleni <input type="checkbox"/> Vumbi <input type="checkbox"/> Wanyama <input type="checkbox"/> Zoezi <input type="checkbox"/> Vyakula <input type="checkbox"/> Ugonjwa <input type="checkbox"/> Ingingine: _____			
14) ISHARA za pumu zinaweza jumuisha:			
<input type="checkbox"/> Kukohoa <input type="checkbox"/> Kushikana <input type="checkbox"/> Kupungukiwa na pumzi			
<input type="checkbox"/> Tafadhali orodhesha dalili zingine maalum kwa mtoto huyu: _____			
15) <u>Matibabu ya Pumu SHULENI:</u> <input type="checkbox"/> NDIO <input type="checkbox"/> LA			
16) Je, mwanafunzi huyu amefunzwa na anaweza kubeba kifaa chake cha kuvuta pumzi na kukitumia mwenyewe? <input type="checkbox"/> NDIO <input type="checkbox"/> LA			
17) <u>Habari ya Mtoaji Huduma ya Afya</u> 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)
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jina la Kuchapishwa la Mtoaji Huduma ya Afya		<input type="text"/>	
<input type="text"/>			