ከቤት ውጭ የሚካሄድ የአካባቢ ትምህርት ፕሮግራም
የወላጅ/አሳዳጊ ፈቃድ መስጫ ቅጽ

MCPS

ከቤት ውጪ የሚካሄዱ የአካባቢ ትምህርት ፕሮግራሞች
የስርአተ ትምህርትና የትምህርት ፕሮግራሞች ጽ/ቤት
ሞንጎመሪ ካውንቲ የሕዝብ ት/ቤቶች
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS ቅጽ 345-7
ጃንዋሪ 2018

ለወላጅ/አሳዳጊ *መመሪያዎች*፡- እባክዎን ይህን ቅጽ ይሙሉና ለልጅዎ አስተማሪ ይመልሱ። አስተማሪው/አስተማሪዋ ከቤት ውጭ ለሚካሄድ የትምህርት ፕሮግራም ማእከል የተሞላውን ቅጽ ለጤና ረዳቱ/ረዳቷ ወይም ለነርሱ/ለነርሷ ያቀርባል/ታቀርባለች።

የተማሪው(የተማሪዋ) *መጠሪያ* ስም _____ **የአያት ስም**_____**የ MCPS *መታወቂያ* ቁጥር**___ ___ ___ ___ ___ ___

ተማሪው(ዋ) ለመጠራት የሚመርጠው/የምትመርጠው ስም _____ **የተወለደበት ቀን** _____/_____/_____

አድራሻ፡- _____

የት/ቤት ስም _____

እባክዎ የሚመለከትዎት ሁሉ ላይ ምልክት ያድርጉ፡-

❑ **ልጄ *መድኃኒት* ይፈልጋል/ትፈልጋለች።** የመድሃኒቱ ስም እና አወሳሰዱ ጭምር ኦርጅናል ብልቃጥ/እቃ ላይ በትክክል የተለጠፈበት መድሃኒት ወላጆች ማቅረብ አለባቸው። በትክክለኝነት ፈቃድ የተሰጠ ካልሆነ በስተቀር በ MCPS ቅጽ 525-13 *መሠረት የ* MCPS ደንብ JPC-RA, *ስለተማሪዎች የህክምና መድኃኒት አያያዝ፣ የታዘዘውን መድኃኒት ፈቃድ መስጫው* ከደንቡ ጋር የማይጣጣም ማናቸውም ዓይነት መድኃኒት ለመስጠት አይቻልም።

❑ **ልጄ የሚከተሉትን ያለሐኪም ትዕዛዝ ከመድሃኒት ቤት በቀጥታ የሚገዙ መድሃኒቶችን መውሰድ ይኖርበታል** _____
አቅርቤአለሁ/ሰጥቻለሁ MCPS ቅጽ 525-13 *በኃኪም የታዘዘ መድኃኒት ለመስጠት የተሰጠ ፈቃድ* **(ለውጭ የአካባቢ ትምህርት ፕሮግራም ብቻ ያለሐኪም ትዕዛዝ ከመድሃኒት ቤት በቀጥታ ለሚገዙ መድሃኒቶች የዶክተር ፊርማ አያስፈልግም።**

❑ **ልጄ ተባይ/ነፍሳት ሲነድፈው/ሲነድፋት አለርጂ ስላለበት ህክምና ያስፈልገዋል/ያስፈልጋታል።** (ዕቃ የሚያስፈልግ ከሆነ፣ አንድ ላይ መሰጠት አለበት) MCPS ቅጽ 525-14 አስቸኳይ እርዳታ/Emergency Care for Management of Anaphylaxis

❑ **ልጄ ለምግብ(ቦች) አናፍሌክቲክ/anaphylactic ሰውነቱ ላይቀበል ይችላል።** _____
MCPS ቅጽ 525-14 Emergency Care for Management of Anaphylaxis **እቃዎች የሚያስፈልጉ ከሆነ አብሮ መቅረብ አለበት።** _____

❑ **ልጄ ከዚህ ቀጥሎ ለተዘረዘሩት ምግቦች አለርጂ አለበት/አለባት ለ።** _____
ልጄ ልዩ የአመጋገብ ሁኔታ/ፍላጎት አለው/አላት። ልዩ ዓይነት ምግብ *ያስፈልገዋል/ያስፈልጋታል* (ወላጆች/ሞግዚቶች ማቅረብ አለባቸው።)

❑ **ልጄ ልታውቁት የሚገባ ሌላ ልዩ ሁኔታ አለው/አላት። እነዚህም የሚከተሉት ናቸው:-** _____

_____

የተማሪዉ የመጨረሻ የቲታነስ ክትባት ቀን፡- _____/_____/_____

*** አስፈላጊ የሆነ *መረጃ*/ኢንፎርሜሽን**

የወላጆች/የሞግዚቶች የቤት ስልክ_____ - _____ - _____

የወላጅ/አሳዳጊ ስም _____

የሥራ ስልክ _____ - _____ - _____ **ሞባይል**_____ - _____ - _____

የወላጅ/አሳዳጊ ስም_____

የሥራ ስልክ _____ - _____ - _____ **ሞባይል** _____ - _____ - _____

የአደጋ ጊዜ ተጠሪ *ሥም* _____

በአስቸኳይ ጊዜ ለማግኘት የሚቻልበት ስልክ _____ - _____ - _____

የአደጋ ጊዜ ተጠሪ *ሥም* _____

በአስቸኳይ ጊዜ ለማግኘት የሚቻልበት ስልክ _____ - _____ - _____

***ይህ ለአስቸኳይ ጊዜ ለማግኘት የሚያስችል *መረጃ*/ኢንፎርሜሽን የሚያገለግለው ከክፍል ውጪ ለሚደረግ የትምህርት ፕሮግራም እንቅስቃሴ ብቻ ነው። የልጅዎን የአስቸኳይ ጊዜ *መረጃ*/ኢንፎርሜሽን ለመቀየር/ለመለወጥ ከፈለጉ፣ እባክዎን የልጅዎን ት/ቤት ያነጋግሩ።**

የኢንሹራንስ *መረጃ*

የህክምና ኢንሹራንስ አቅራቢ ስም _____

ቡድን/ድርጅት _____

የህክምና ኢንሹራንስ *ፖሊሲ* ቁጥር _____

ቤተሰቡ የHMO/PPO አባል ከሆነ፡-

የቡድን ስም _____

የተጠቀሙበት/የተገለገሉበት ጽ/ቤት _____ ***መታወቂያ*** **#**_____

ስልክ _____ - _____ - _____

የቤተሰብ ዶክተር ስም _____

የዶክተሩ/የዶክተሯ ስልክ _____ - _____ - _____

❑ **ልጅዎ የሁለተኛ ደረጃ ት/ቤት የተማሪ ረዳት ሆኖ/ሆና እያገለገለ/እያገለገለች እንደሆነ ያረጋግጡና ልጅዎ የሚከታተልበትን/የምትከታተልበትን ት/ቤት ይዘርዝሩ፡-**

_____

ተያይዞ በመጣው ባነበብኩት ደብዳቤ በተገለጠው ከቤት ውጭ በሚካሄድ የትምህርት ፕሮግራም ልጄ እንዲሳተፍ/እንድትሳተፍ ፈቃዴን ሰጥቻለሁ። በአቸኳይ ጊዜ ሁኔታ እኔ ለመድረስ የማልችል ከሆነ፣ ከክፍል ውጪ የትምህርት ማዕከል ሠራተኛ ለልጄ ተገቢውን የህክምና እርዳታ የሚያገኝበትን/የምታገኝበትን እርምጃ እንዲወስድ/እንድትወስድ ፈቃድ ሰጥቻለሁ።

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (እባክዎን ይጻፉ) _____

ፊርማ፣ ወላጅ/አሳዳጊ _____ **ቀን** _____/_____/_____