



أعضاء مجلس الإدارة

سكات إيكيرت

كريس فايت

جم كيللي

روبرت شيلدز

الدكتور غاري سي وودز

المدير العام

الدكتورة كيرستن فيتال برولتي

CARING COLLABORATIVE
INOVATIVE

الأهالي وأولياء الأمور الأعزاء:

بخصوص: العام الدراسي 2026-2027

يحتاج بعض الطلبة الى أخذ دواءهم أثناء الدوام المدرسي. كما يحتاج بعض الطلبة الآخرين الى حمل معدات أو أدوية أو لوازم طبية للطوارئ أو للمعالجة المستمرة معهم شخصياً - مثل، جهاز الاستنشاق (inhaler)، الأنسولين (insulin)، أبره الحساسية (epi-pen)، جهاز لقياس سكر الدم (blood glucose testing equipment). إذا تحتم على أبنك الطالب القيام بذلك، يرجى أن تطلب من طبيب العائلة إكمال الاستمارة المرفقة مع هذه الرسالة بعنوان "التحويل في إعطاء الدواء - Authorization for Medication Administration". يجب أن تُملأ هذه الاستمارة سنوياً.

إذا قام أبنك الطالب بفحص سكر الدم بنفسه، سيتطلب منكم أن تقوموا بملئ استمارة اضافية أخرى. يمكنك الحصول على هذه الاستمارة من المكتب الصحي (Health Office) الموجود في المدرسة.

حتى في حالة عدم قيام العاملين في المدرسة بإعطاء الدواء الى أبنك الطالب، من الضروري جداً أن تتأكد الممرضة الموجودة في مدرسة أبنك الطالب من صحة استخدام المعدات واللوازم الطبية وسلامتها وكذلك صحة طرق التخلص منها.

إذا كانت لديك أية استفسارات حول هذه الإجراءات، يرجى الاتصال هاتفياً بالممرضة الموجودة في مدرسة أبنك الطالب.

مع خالص الاحترام والتقدير

ماريا أرماس

Maria Armas, RN

الممرضة المسؤولة في المنطقة التعليمية

ويندولان كاستيلو

Wendoline Castillo, RN, BSN

الممرضة المسؤولة في المنطقة التعليمية

لنيا غولدنبيرغ

Linnea Goldberg, RN, BSN, MS9

الممرضة المسؤولة في المنطقة التعليمية

LG/WC/MA/tw

منطقة كروسمنت التعليمية لاتحاد المدارس الإعدادية
التحويل في إعطاء الأدوية والعلاج
البند 49423 من القانون التعليمي

أني _____ (اسم ولي الأمر/الوصي القانوني/parent/guardian) الموقع أدناه بصفتي ولي أمر/الوصي القانوني على الطالب

(Student's Name/الطالب) _____ (Birthdate/الولادة/تاريخ) _____ (School/المدرسة) _____ الذي يداوم في مدرسة _____

أطالب بأن تكون الأدوية/Medicines التالية:

متاحة لي يستخدمها أبني الطالب في الأوقات/Time Prescribed التي تم تحديدها في الوصفة الطبية:

أني على علم بأنه فقط الموظفين المرخصين والمعتمدين من قبل مدير المدرسة هم الوحيدين الذين سيتمكنون من مساعدة أبني على تناول الدواء (الأدوية) المذكورة أعلاه وفقاً لتوجيهات الطبيب. سأقوم بتقديم الدواء (الأدوية) في حاويات الأدوية التي سيكون مكتوب عليها أسم أبني الطالب وأسم الطبيب الذي وصف هذه الأدوية والكمية أو الجرعات التي يجب تناولها. في حالة حدوث أي تغيير في تعليمات الطبيب، يجب أن أقوم بملى أستمارة جديدة والتوقيع عليها من قبلي بصفتي ولي أمر الطالب/الوصي القانوني عليه وكذلك يوقع عليها الطبيب نفسه.

لن يُسمح بتناول الأدوية الموصوفة وغير الموصوفة داخل المدرسة بدون تقديم بيان خطي من قبل الطبيب وبيان خطي من قبل ولي الأمر يشيران إلى الرغبة في أن تقوم المنطقة التعليمية بمساعدة الطالب على تناول أدويته وعلى النحو المنصوص في بيان الطبيب المذكور أدناه.

أني مُدرك بأن المدرسة ليست ملزمة قانونياً على تقديم هذه الخدمة أو هذه التسهيلات. بموجبه أوافق على إخلاء طرف المنطقة التعليمية أو إدارتها وموظفيها أو وكلائها من أي مسؤولية أو دعوى أو شكوى من أي نوع كان، والتي قد تنشأ نتيجة للقيام بمساعدة الطالب على تناول الدواء وفقاً لهذا الطلب.

هذه الأستمارة صالحة المفعول للسنة
الدراسية 2026-2027

Date/التاريخ

Signature/التوقيع

Home Address/عنوان المنزل

Home/Mobile/Work Phone Number/هاتف المنزل/الموبايل/هاتف العمل

يجب أن يتم ملئ هذا الجزء من قبل طبيب مرخص في ولاية كاليفورنيا
THIS PORTION TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN LICENSED IN THE STATE OF CALIFORNIA

- **Name of Medication** _____ **Method of Administration** _____ **Dosage Appx.** _____ **Time of Day** _____
A. _____
B. _____
- Discontinue "Medication A" on _____ (Date) and "Medication B" on _____ (Date)
- Type of assistance for administering medication (observe, measure, etc.): _____
- Precautions for administration or storage of medication: _____
- Do you wish to have school personnel contact you at intervals to discuss this medication?
☐ Yes ☐ No Please indicate: Person(s) _____, Intervals _____
Teacher, Nurse _____ Weekly, Quarterly, etc.

**If medication is an inhaler, epi-pen, or insulin, and may be carried on person, check here ☐.

**If glucose testing equipment will be carried on person, check here ☐.

Printed Name of Physician _____ M.D.

Medical License Number _____

Telephone Number _____

Signature of Physician _____

Date _____