

Informacje o Zdrowiu Ucznia – Rok szkolny 2016/2017

PONIŻSZE INFORMACJE POWINNY BYĆ UAKTUALNIANE CO ROKU NA POCZĄTKU ROKU SZKOLNEGO

PROSIMY WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM I ZWRÓCIĆ DO SZKOŁY

SZKOŁA: _____

Imię i nazwisko ucznia: _____ Data urodzenia: _____ Klasa: _____

Numer ID ucznia: _____ Numer Medicaid: _____

Aby zapewnić bezpieczeństwo dzieci w czasie dnia nauki szkolnej, zajęć pozalekcyjnych, wycieczek i w czasie kiedy dzieci są przewożone przez Chicagowskie Szkoły Publiczne (CPS), prosimy o wypełnienie poniższego formularza. Informacje o kondycji zdrowotnej dziecka są poufne i będą przekazane tylko personelowi CPS obsługującemu uczniów. Dziękujemy za współpracę w tej ważnej kwestii.

Prosimy zaznaczyć kwadracik jeśli informacja dotyczy kondycji dziecka:

- Alergie pokarmowe: (Typ) _____
- Inne alergie: (Typ) _____
- Astma
- Cukrzyca: Typu 1 Typu 2
- Napady drgawki/padaczki
- Inne stany zdrowia

- _____
- _____
- Moje dziecko **NIE MA** alergii, chorób i/lub nie musi brać leków w czasie trwania nauki szkolnej.
 - Moje dziecko ma lekarza rodzinnego (e.g., lekarz, pielęgniarka, asystent lekarza, etc.)

W przypadku kondycji zdrowotnej dziecka wymienionej powyżej, wymagającej brania leków w czasie trwania zajęć szkolnych, należy dostarczyć do szkoły wypełniony formularz **Action Plan (Emergency, Asthma, or Diabetes)**, który powinien być podpisany przez lekarza. Formularz ten musi zawierać informacje dotyczące symptomów choroby, wyliczać leki, które powinny być podawane, jak często powinny być podawane leki oraz wyjaśniać jak należy postępować w nagłych wypadkach. Wasze dziecko może kwalifikować się na **504 Accommodation Plan** w zależności od kondycji zdrowotnej dziecka. Skontaktujcie się ze szkolną pielęgniarką lub kierownikiem edukacji specjalnej po złożeniu poniższego formularza.

Imię i nazwisko rodzica/ów: (Wydrukować): _____ Data: _____

Podpis rodzica/ów: _____

Numer telefonu: _____ Email: _____