

በት/ቤቶች ውስጥ ለሚሰጡ ህክምናዎች እና ሂደቶች ፍቃድ

የሚከተለው ክፍል በወላጅ/አሳዳጊ መጠናቀቅ አለበት:

(እባክዎ ይጻፉ)

| | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------|
| ትምህርት ቤት _____ | የትምህርት ደረጃ _____ | የልደት ቀን _____ |
| የተማሪ ስም _____ <small>(አያት)</small> | _____ <small>(ስም)</small> | ፆታ _____ |
| _____ <small>(የጤና እንክብካቤ አቅራቢ ስም)</small> | _____ <small>(አድራሻ)</small> | _____ <small>(ስልክ)</small> |

እባክዎ በአንድ ሰዓት ብቻ ምልክት ያድርጉ:

በትምህርት ቤቱ ውስጥ ያሉ ሂደቶችን ለማከናወን ፍቃድ ያላቸው ሰዎች ከዚህ በታች የተገለጹትን ህክምና ወይም አሰራር በማከናወን ልጄን እንዲረዱ እጠይቃለሁ።

እኔ (ተማሪው) ይህን ቅጽ በራሴ ስም እየፈረምኩ ነው (RCW 26.28.015 ወይም RCW 70.02.130)) እና ከዚህ በታች የተገለጹትን ህክምና ወይም አሰራር በትምህርት ቤቱ ውስጥ ያሉ ሂደቶችን ለማከናወን ፍቃድ ያላቸው ሰዎች እንዲያከናውኑ ፍቃድ ሰጥቻቸዋለሁ።

በሲያትል የትምህርት ዲስትሪክት እና በጤና እንክብካቤ አቅራቢ መካከል የመረጃ ልውውጥ ለማድረግ ፈቃዴን ሰጥቻለሁ።

| | | | |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| <small>(ቀን)</small> | <small>(የወላጅ/አሳዳጊ/ተማሪ ፊርማ)</small> | <small>(የቤት ስልክ)</small> | <small>(የአደጋ ጊዜ ስልክ)</small> |

የሚከተለው ክፍል በጤና እንክብካቤ አቅራቢ መጠናቀቅ አለበት:

(እባክዎ ይጻፉ)

| | |
|--|-------------------------------------|
| <p>አሰራሩ በትምህርት ቀን መከናወን ያለበት ሰዓት (ድግግሞሽ) (QID ወይም ተጨማሪ) ::</p> <p>ህክምና/እንክብካቤ የሚጠይቀው ምርመራ: _____</p> <p>ዓለማ / ግብ: _____</p> <p>ሕክምና/አሰራር(ይገለፅ): _____</p> <p>_____</p> <p>የሚያስፈልጉ መሣሪያዎች ወይም አቅርቦቶች: _____</p> <p>_____</p> <p>በትምህርት ቤት መከናወን ያለባቸው የህክምና /አሰራር ጊዜ(ዎች): _____</p> <p>በ 24 ሰዓታት ውስጥ የሚከናወኑበት ጊዜያት (ከመደበኛው የትምህርት ቀን በላይ በትምህርት ቤት ለድንገተኛ ቆይታ): _____</p> <p>_____</p> <p>አስተያየቶች/ምክሮች: _____</p> <p>_____</p> <p>ለዚህ ሕክምና/ አሰራር የሚመከር የጊዜ ርዝመት: _____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <small>(ቀን)</small> | <small>(የወላጅ/አሳዳጊ/የተማሪ ፊርማ)</small> |