

FIELD AND WALKING TRIP MEDICAL CONSENT FORM**2016-17 विद्यालय वर्षका लागि शैक्षिक र पैदल भ्रमण चिकित्सा सहमति फाराम**

माता-पिता/अभिभावकले यो फाराम भरेर प्रत्येक विद्यालय वर्षको प्रथम शैक्षिक भ्रमण वा पैदल भ्रमण भन्दा न्यूनतम 7 दिन पहिला विद्यालय नर्सलाई फिर्ता पठाउनु पर्नेछ र उनीहरूको बच्चाको स्वास्थ्य अवस्थामा हेरफेर भए यो फाराम अद्यावधिक गर्नु पर्नेछ।

विद्यार्थीकोनाम	जन्म मिति
सडक ठेगानारजिप कोड	चिकित्सककोनाम
घरको टेलिफोन	चिकित्सकको टेलिफोननम्बर
बिमा वाहककोनाम	बिमापहिचान सङ्ख्या

विद्यार्थीको स्वास्थ्य अवस्था

के तपाईंको बच्चालाई हाल कुनै स्वास्थ्य समस्याहरू छ? (कृपया लागु हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस् र हामीलाई तिनिहरूको बारेमा बताउनुहोस्):

☐ एलर्जी (आपातकालीन अवस्था औषधिको आवश्यकता पर्ने) ☐ दम/श्वासप्रश्वास समस्या
☐ हृदय (मट्ट) को समस्या ☐ मधुमेह
☐ मुच्छा आदिको खराबी ☐ हाड वा जोर्नी
☐ मोरीले टोकेको (आपातकालीन अवस्था औषधिको आवश्यकता पर्ने) ☐ अन्य समस्या? _____

कृपया हामीलाई समस्या(हरू) बारे थप जानकारी दिनुहोस् _____

औषधिहरू

..तपाईंको बच्चाले भ्रमणमा औषधि लिनका लागि विद्यालयनर्ससँग चिकित्सकको हालैको औषधि पुर्जी हुनु पर्छ।
 फारामहरू भरेको सुनिश्चित गर्न कृपया तपाईंको बच्चाको विद्यालयनर्ससँग सम्पर्क गर्नुहोस्।

शैक्षिक भ्रमणमा लिन आवश्यक पर्ने औषधि: _____

_____ (नामाक्षर) मेरो बच्चालाई यो विद्यालय वर्षका लागि कुनैपनि औषधि आवश्यक पर्दैन।

म उपरोक्त नाम भएको मेरो बच्चाका लागि कुनै चिकित्सक वा अस्पतालमा औषधि, सुई, एनेस्थेसिया वा सर्जरी लगायतका (तर यसमा सीमित नरहने) उचित उपचारका लागि अनुमति दिन्छु।

यो स्वास्थ्य जानकारी मेरो ज्ञानले भ्याए अनुसार यथार्थ र सही छ। मेरो बच्चालाई माथि उल्लेख गरे बाहेक सम्पूर्ण क्रियाकलापहरूमा सहभागी हुने अनुमति छ। कुनै आपातकालीन अवस्थामा मसँग सम्पर्क हुन नसक्ने अवस्था मा , म विद्यालय र/वा यसका एजेन्टहरूलाई उपचारका लागि उपस्थित स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले सुझाव गरे अनुसार उपचारको अनुमति दिने अधिकार प्रदान गर्छु। उक्त अधिकारमा आवश्यक भएको स्थितिमा प्राथमिक उपचारका लागि अस्पताल भर्ना हुने पनि समावेश हुनेछ। भ्रमणसँग सम्बन्धित सम्पूर्ण चिकित्सा उपचारको खर्चका लागि म नै जिम्मेवार हुनेछु भनेर मैले बुझ्छु।

माता-पिता / अभिभावकको हस्ताक्षर

मिति

समस्या छैन _____ नर्सले हेर्नु पर्ने _____ विद्यालय नर्सको प्रयोजनका लागि मात्र
 नर्सलाई भेट्नु _____ चिकित्सकको पुर्जी /कागज छैन _____ भ्रमणको 24/48 घण्टा पूर्व
 औषधि लिने विद्यार्थीको क्षमता: _____ आफै-लिने _____ आफै-नलिने
 चिकित्सा/आपातकालीन अवस्था हेरचाह योजना: _____ छ (यदि छ भने योजना उपलब्ध गर्नुहोस्) _____
 छैन _____

माता-पिताको राय: _____

नर्सको हस्ताक्षर

मिति

यो फाराम रोचेस्टर सिटी विद्यालय डिस्ट्रिक्ट ("RCSD") को सम्पत्ति हो तथा विद्यालय शैक्षिक भ्रमण RCSD द्वारा अनुमति प्राप्त तथा स्वीकृत नभए यसको प्रयोग गर्नु हुँदैन। यसलाई हेरफेर गर्नु हुँदैन र यसमा कारबाही गर्न र स्वीकृत गर्न पूर्ण रूपमा भर्नु पर्नेछ।