



# THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

Mbiemri i Nxënësit /Last Name: _____ Emri i Nxënësit/First Name: _____ Ditëlindje/DOB: _____ Shkolla/School: _____ Dhoma/Seksioni / Room/Sec: _____ Klasa/Grade: _____							
Adresa / Home Address: _____ Tel. Shtëpisë / Home phone: _____							
Emri i Nënës / Mother: _____ Email/ email: _____ Numri iTel/phone: _____							
Emri i Babait/Father: _____ Email/email: _____ Numri iTel/phone: _____							
Kujdestar/Guardian: _____ Email/email: _____ Numri iTel/phone: _____							
<b>Kontaktet në rast urgjencë (përveç prindërve) duhet të jenë afër dhe në dispozicion për kontakt: Emri dhe Marrëdhënia me fëmijën / Name and Relationship to child</b>							
<b>Numri i Tel / Phone</b>							
1. _____							
2. _____							
Emri i Doktorit / Klinika / Childs Doctor/Clinic: _____ Phone: _____							
<b>Siguracion Mjekësor / Medical Insurance:</b> MA/MA _____ CHIP/CHIP _____ Private/Private _____							
Emri i Insurancës / Insurance company name: _____ Numri i Identifikimit të insurancës / Policy Number _____							
<p><b>Ju lutemi rrethoni më poshtë për t'i dhënë leje infermieres së shkollës për t'i dhënë fëmijës ilaçe./ Please circle below to give permission to the school nurse to give your child medication.</b></p> <table border="1"><tr><td>Acetamino pheninoph (Tylenol)</td><td><b>PO/ YES</b></td><td><b>JO/ NO</b></td></tr><tr><td>Ibuprofen (Motrin)</td><td><b>PO/ YES</b></td><td><b>JO/ NO</b></td></tr></table>	Acetamino pheninoph (Tylenol)	<b>PO/ YES</b>	<b>JO/ NO</b>	Ibuprofen (Motrin)	<b>PO/ YES</b>	<b>JO/ NO</b>	<p>Ju lutem <b>RRETHONI</b> nëse fëmija juaj/Please <b>CIRCLE</b> the following if your child:</p> <p>Mban/Wears: Syze/Glasses      Aparat dëgjimi/Hearing aid</p> <p>Ka/Has: Kriza/Seizures    Diabet/Diabetes    Asma/Asthma    ADHD/ADHD</p> <p><b>Lista e Alergjive:</b> Zëvendësimi i ushqimit mund të bëhet çdo vit me një urdhër të ri nga doktori: / <b>List Allergies:</b> Food substitution requires a new order yearly from a health care provider: _____</p> <p><b>Probleme të tjera shëndetësore / Other Health Problems:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Acetamino pheninoph (Tylenol)	<b>PO/ YES</b>	<b>JO/ NO</b>					
Ibuprofen (Motrin)	<b>PO/ YES</b>	<b>JO/ NO</b>					
<p><b>Kujdesi urgjent mjekësor dhe/ose dentar, duke përfshirë administrimin e medikamenteve urgjente, të cilat mund të jenë të nevojshme për të ruajtur jetën e fëmijës tim ose për të parandaluar dëmtimin e shëndetit të tyre në rast se koha nuk e lejon marrjen e pëlqimit tim personal për një kujdes të tillë. E kuptoj që do të kontaktohem sa më shpejt të jetë e mundur dhe do të marr përgjegjësinë për dhënien e lejes për kujdesin e vazhdueshëm.</b></p>							

A merr fëmija juaj ilaçe?/Does your child take medication? \_\_\_JO / NO \_\_\_PO/YES (ju lutemi specifikojeni)

Ilaçe/Medication	Dosa/Dose	Frekuenca/Sa shpesh / Frequency/Time	Arsyeja /Reason



THE SCHOOL DISTRICT OF  
PHILADELPHIA

Firma juaj jep leje për një trajtim urgjent; si dhe për infermierët e shkollave të SDP-së për të administruar ilaçet që janë shkruar në këtë formë për trajtim urgjent, gjatë orëve të shkollës, në ekskursione dhe pas aktiviteteve shkollore. Unë autorizoj infermierin e shkollës që të komunikojë me doktorin e fëmijës tim dhe doktori im të përgjigjet sipas nevojës për kujdesin e fëmijës tim.

Firma e Prindërit/Kujdestarit / Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Data/Date \_\_\_\_\_

#### OPSIONALE

##### Përdorimi i kremës kundra diellit në shkollë (non-aerosol topical sunscreen)

Prindërit / kujdestarët mund të zgjedhin për ti dhënë fëmijëve të tyre, **kremë kundra diellit (non-aerosol topical sunscreen)**, nëse është miratuar nga Administrata Amerikane e Ushqimit. Në mënyrë që një nxënës të aplikojë për mbrojtësin nga dielli gjatë orëve të mësimin, në një aktivitet të sponsorizuar nga shkolla ose nën mbikëqyrjen e personelit shkollor, prindërit/kujdestarët duhet të plotësojnë vërtetimet e mëposhtme.

##### **Vërtetimi i Prindit / Kujdestarit**

- Duke nënshkruar më poshtë, ju konfirmoni që ju e kuptoni se shkolla nuk është përgjegjëse për të siguruar që kremat kundra diellit do përdoret nga nxënësi.
- Duke nënshkruar më poshtë, ju konfirmoni që nxënësi është në gjendje të vetë-aplikojë kremën kundra diellit.

Nënshkrimi i prindit / kujdestarit: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Shkolla mund të anulohet ose të kufizojë posedimin, aplikimin ose përdorimin e një kremës kundra diellit nga një nxënës nëse ndodh një nga të mëposhtmet:

- Nxënësi nuk arrin të respektojë rregullat e shkollës në lidhje me posedimin, aplikimin ose përdorimin e kremës kundra diellit.
- Nxënësi tregon mosgatishmërinë ose pamundësinë për të fshehur kremën kundra diellit nga nxënësit e tjerë.

Nëse një shkollë anulon ose kufizon posedimin, aplikimin ose përdorimin e një produkti kreme kundra diellit (non - aerosol topical sunscreen) nga një nxënës, shkolla duhet të njoftojë me shkrim për anulimin ose kufizimin e prindit / kujdestarit të nxënësit.