



**دستورالعمل‌های فرم:** این فرم باید به طور کامل پر شود و قبل از اینکه دانش آموز مجاز به تمرین، رقابت، انجام و/یا شرکت در فعالیت‌های فوق برنامه یا فعالیت‌های تکمیلی تحصیلی شود، به مدیر فعالیت‌ها (SPONSOR) بازگردانده شود.

**مجوز برای شرکت:** والدین/سرپرست (نام دانش‌آموز) که در (اسم مدرسه) تحصیل می‌کند، به این دانش آموز اجازه - که با امضا در پایین این صفحه نشان داده شده است - می‌دهد تا در فعالیتی که در زیر توضیح داده شده است، شرکت کند.

شرح مختصر فعالیت: \_\_\_\_\_

• تاریخ فعالیت: \_\_\_\_\_

• رفت و آمد از طریق:  اتوبوس  اتومبیل شخصی  موارد دیگر \_\_\_\_\_

• تخمین زمان حرکت و تخمین زمان بازگشت: \_\_\_\_\_

که تمام استانداردهای دفترچه راهنمای رفتار دانش‌آموزی مدارس دولتی آلبوکرکی و آیین‌نامه مدرسه خود را رعایت کنند.

بدینوسیله، با امضای زیر، والدین/سرپرست مجوز درمان اضطراری پزشکی و/یا بستری شدن در بیمارستان را که توسط واکنش اضطراری یا پرسنل پزشکی ضروری تشخیص داده می‌شود، می‌دهد.

**اگر فرزند شما نیازهای پزشکی خاصی دارد یا باید به طور معمول دارو مصرف کند، باید سمت دیگر این فرم را تکمیل کنید.** یک کپی از این فرم مجوز در اختیار حامی فعالیت قرار می‌گیرد.

دانش‌آموزانی که در طول دوره سفر میدانی به داروهای تجویزی نیاز دارند، باید از قبل به حامی فعالیت اطلاع دهند. یک کپی از دستور دارو یا نسخه پزشک باید در دفتر پرستار مدرسه در پرونده موجود باشد. ممکن است ترتیبات خاصی برای حمل داروهای دانش‌آموز مورد نیاز باشد.

ولی/سرپرست تشخیص می‌دهد که فعالیت‌ها و/یا سفرها شامل مراتبی از خطر می‌شوند و منطقه آموزشی نمی‌تواند مصونیت آگاهی از این خطر را تضمین کند، ولی/سرپرست اجازه شرکت کردن دانش‌آموز را می‌دهد. در صورت وقوع حادثه‌ای که نیاز به مراقبت اضطراری دارد، در صورت امکان، تلاش درخوری برای اطلاع دادن به ولی/سرپرست انجام می‌شود.

از دانش‌آموزان و کارکنان انتظار می‌رود که فضایل احترام، شهروندی، عطف، امانتداری، انصاف و مسئولیت‌پذیری را به نمایش بگذارند. این موارد شش رکن «شورای انضباط رفتاری» هستند. از همه دانش‌آموزانی که در فعالیت‌های فوق برنامه یا سفرهای میدانی شرکت می‌کنند، انتظار می‌رود هم در داخل و هم خارج از پردیس این ویژگی‌ها را رعایت کنند. شرکت در فعالیت‌های فوق برنامه امتیازی است که ارائه می‌شود و دانش‌آموزان کسب می‌کنند. دانش‌آموزانی که در این فعالیت‌ها شرکت می‌کنند به عنوان نمایندگان مدرسه و جامعه خود خدمت می‌کنند و انتظار می‌رود که در همه حال بالاترین استانداردهای رفتاری را حفظ کنند. از دانش‌آموزان انتظار می‌رود

#### اطلاعات تماس اضطراری - لطفاً خوانا بنویسید.

آدرس منزل دانش‌آموز \_\_\_\_\_

دیگر موارد اطلاعات تماس اضطراری: \_\_\_\_\_

نام \_\_\_\_\_

شماره تلفن منزل ولی \_\_\_\_\_

نسبت با دانش‌آموز \_\_\_\_\_

شماره تلفن محل کار ولی \_\_\_\_\_

شماره تلفن \_\_\_\_\_

دارویی که دانش‌آموز مصرف می‌کند: \_\_\_\_\_

آلرژی‌های شناخته شده به داروها یا مواد غذایی: \_\_\_\_\_

ما با اظهارات بالا موافقیم.

امضای ولی \_\_\_\_\_

امضای دانش‌آموز: \_\_\_\_\_

تاریخ امضا \_\_\_\_\_

امضای حامی \_\_\_\_\_



خدمات پزشکی برای دانش‌آموزان بیمار یا مجروح، یا دانش‌آموزانی که به طور معمول باید دارو مصرف کنند یا مشکلات پزشکی دارند که ممکن است نیازمند درمان باشند، در زمان شرکت در فعالیت‌های تحت حمایت مدرسه یا سفرهای میدانی.

در صورت بروز بیماری یا آسیب، تلاش درخوری برای تماس با شما انجام خواهد شد تا قبل از ارائه خدمات پزشکی رضایت شما دریافت شود. اگر نتوانیم با شما تماس بگیریم، حامی فعالیت بر اساس مجوز کتبی قبلی با اقدام از جانب شما با چنین خدماتی برای فرزندتان موافقت می‌کند. این مجوز در فرم رضایت زیر موجود است.

انتخاب پزشک یا بیمارستان بر اساس اولویت خانواده، در صورت مشخص بودن، انجام می‌شود. در صورتی که اولویت خانواده نامشخص باشد، دانش‌آموز به نزدیکترین بیمارستان یا بیمارستانی که مطابق شرایط موجود باشد منتقل می‌شود.

ولی/سرپرست گرامی (نام دانش‌آموز)،  
مدارس دولتی آلبوکرکی خواستار آن هستند که از بروز مشکلات در دریافت خدمات پزشکی برای دانش‌آموزانی که ممکن است در طول فعالیت‌های تحت حمایت مدرسه بیمار یا مجروح شوند، جلوگیری کنند.

به عنوان ولی/سرپرست دانش‌آموزی که در فعالیت‌های تحت حمایت مدرسه شرکت می‌کند، لازم است که پیشاپیش برای بستری شدن در بیمارستان، مراقبت‌های پزشکی و جراحی فرزندتان در صورت بروز شرایط اضطراری موافقت کنید. در صورت عدم رضایت، باید راهکار ارائه دهید.

### مجوز خدمات پزشکی

من، ولی/سرپرست (اسم دانش‌آموز)، موارد فوق را خوانده‌اند و بدینوسیله تعیین می‌کنم که حامی سفر میدانی یا فعالیتی در صورت بروز فوریت‌های پزشکی از طرف من اقدام کند. او می‌تواند مجوز بستری شدن، مراقبت‌های پزشکی و جراحی که ممکن است در مواقع اضطراری به دلیل بیماری یا جراحات متحمل شده توسط فرزندم در حین شرکت در فعالیت‌های تحت حمایت مدرسه مورد نیاز باشد را، صادر کند. بدین وسیله مسئولیت مالی بستری شدن در بیمارستان، مراقبت‌های پزشکی و جراحی ارائه شده را بر عهده می‌گیرم.

1. نگرانی‌های پزشکی (از جمله آلرژی) را که حامیان و همراهان باید از آن‌ها آگاه باشند را فهرست کنید:

2. داروهای تجویزی، که برای مصرف آنها در مدرسه فرم مجوزی پر شده است، و باید توسط دانش‌آموز در حین سفر علمی یا شرکت در فعالیت‌های فوق‌برنامه یا برنامه تحصیلی تکمیلی مصرف شود یا به او داده شود:

3. داروهای تجویزی، که برای مصرف آنها در مدرسه فرم مجوزی پر شده است، و باید در شرایط اضطراری توسط دانش‌آموز مصرف شود یا به او داده شود:

امضای دانش‌آموز \_\_\_\_\_ امضای ولی \_\_\_\_\_

تاریخ امضا \_\_\_\_\_ تاریخ امضا \_\_\_\_\_

### دستورالعمل‌های مخصوص شرایط خدمات پزشکی محدود یا عدم مجاز بودن خدمات پزشکی:

اگر شرکت در سفر میدانی یا فعالیت مجاز است، اما خدمات پزشکی مجاز نیستند، لطفاً در صورت بیماری یا آسیب رسیدن به فرزندتان، یک اظهاریه کتبی از اقداماتی که باید دنبال شود را ضمیمه کنید.

این فرم باید همیشه در تمام سفرها در اختیار حامی باشد.