

Дорогой Родитель / Опекун:

Мы благодарим вас за заполнение **Карточки Медицинской / Неотложной Информации** вашего ребёнка. На карточке вы указали что у вашего ребёнка имеются определённые расстройства. Если указанное расстройство требует внимания или лечения, мы просим что бы вы:

- Попросили врача вашего ребёнка заполнить и подписать приложенные
 - **План Неотложной Помощи** и
 - **Бланк Лекарств** (если указано).

- Заполнили и подписали разделы для родителей / опекунов приложенного
 - Плана Неотложной Помощи и
 - Бланка Лекарств (если указано)

- Пожалуйста подпишите и верните бумаги секретарю школы вашего ребёнка.

Пожалуйста имейте в виду что:

- **Лекарства не могут быть выданы в школе если этот медицинский бланк не заполнен и не подписан врачом вашего ребёнка.**
- Одно такое медицинское удостоверение необходимо для каждого лекарства.
- Лекарство должно быть доставлено в школу в аптечной упаковке с наклейкой из аптеки и с ясными инструкциями.

Медицинская информация будет доступна только работникам школы которые должны знать о состоянии здоровья вашего ребёнка для содействия здоровью и безопасности вашего ребёнка.

Если вы думаете что ваш ребёнок не нуждается в помощи в школе, пожалуйста подпишитесь ниже и верните это письмо в школу.

- Мой ребёнок не нуждается в услугах.

Имя Ребёнка _____ Дата Рождения _____

Имя Родителя / Опекуна _____

Подпись Родителя / Опекуна _____ Число: _____

Школа ребёнка _____