

অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ওমুধ দেয়া সংক্রান্ত ফর্ম সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2022-2023 শিক্ষা বছর

System Green Gre	শিক্ষার্থীর শেষ নাম:	প্রথম নাম:		মধ্য নাম	জন্মতারিখ:	
좋은 [기계, 기식은, Resilin, Let 기업티 정말함으로 주는 :	_					
Makery to: Allergy to: A						
peetry Allergy to: Allergy to: Allergy to: Allergy to: Allergy to: Allergy to: Allergy to:	~ ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' '					
Islatory of asthmate yes (If yes, subudent has an increased risk for a severe reaction, complete the Asthma MAF for this student No Instancy of anaphylaxis? yes Date:	HEAL	TH CARE PRACTITIONERS COM	PLETE BELOW नि	চর অংশটি স্বাস্থ্য সেবা প্রদানক	ারী পূরণ করবেন	
Islatory of anaphylasis? Yes Date: No Gl Cardiovascular Neurologic Treatment: Date: No Recognize signs of allegre reactions Yes No No No Yes No No Yes No No Yes Yes No Yes	pecify Allergies:	gy to: 🗆 Alle	ergy to:		Allerg	yy to:
yes_system affected	History of asthma? Yes (If y	es, student has an increased risk	for a severe reaction; c	omplete the Asthma MAI	for this student) \Box	No
Date	History of anaphylaxis?	☐ Yes Date:	□ No			
Self-Manage (See Student Nave the ability to: Self-Manage (See Student Skill Lever below) Yes No Recognize signs of allogic reactions Yes No Recognize and avoid allergens independently Yes No No Yes No Yes Yes No Yes	f yes, system affected				leurologic	
Recognize and avoid allerger reactions Yes No Recognize and avoid allergers independently Yes No Select In-School Medications						
Recognize and avoid allergens independently	Does this student have the abil	• • •		•		
Select In-School Medications Select In-School Medications		•	-			
A. Immediately administer opinephrine ordered below, then call 911. 0.15 mg		Recognize and a	void allergens independ	ently U Yes U	No	
A. Immediately administer opinephrine ordered below, then call 911. 0.15 mg		Se	elect In-School Medi	cations		
0.15 mg						
Give intramuscularly in the anterolateral thigh for any of the following signals/ymptoms (retractable devices preferred): - Shortness of breath, wheezing, or coughing - Fainting or dizziness - Lip rot ongue swelling that bothers breathing - Pale or bluish skin color - Tight or hoarse throat - Vomiting or diarrhee (if severe or combined with other sympholy or the control of the	•		call 911.			
Shortness of breath, wheezing, or coughing Pale or bluish skin color Week pulse Week pulse Trouble breathing or swallowing Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agits Week pulse Trouble breathing or swallowing Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agits Trouble breathing or swallowing Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agits Week pulse This box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): Ween if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine. If it his box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine administration (order antihistamine below) If it his box is checked, give antihistamine administration (order antihistamine below) If this box is checked, give antihistamine administration (order antihistamine below) If t		· ·	wing signs/symptoms (re	etractable devices prefer	red) .	
Many hives or redness over body ☐ Other: ☐ If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): ☐ Veven if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine. ☐ If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If this box is checked, give antihistamine the epinephrine administration (order antihistamine below) If this box is checked, give antihistamine below and this self-administer the prescribed medication officionery is find the prescribed medication of the following signs/symptoms: If the provision of the following signs/symptoms: If the provision of the following signs/symptoms: If the provision of the following signs/symptoms of the following signs, symptoms, and administer the prescribed medication effectively during school, feld tips, and school sponsored events - Proditioner's initials: If no improvement, indicate instructions: Conditions under which medication should not be given: Silven Statistical the prescribed medication effectively during school, feld tips, and school sponsored events - Practitioner's initials: If no improvement, indicate instructions: Conditions under which medication		ng, or coughing • Fainting or o	dizziness	Lip or tongue swelling	that bothers breathing	
Many hives or redness over body Other: Other: Other: Other: Other: Other: Other: If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): Even if child has MLID signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine. If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below) Murse-Dependent Student: nursehurse trained staff must administer		_		• ,		• • •
Charaction Student: student is self-carry)self-administer Step units Still Level (select the most appropriate option): Characteristic Student: student is self-carry)self-administer Characteristic Student: Student is self-administer Characteristic Student: Student is self-administer Characteristic Characte	•		athing or swallowing	Feeling of doom, confi	usion, altered consciou	sness or agitation
If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s):		•				
Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating those foods, give epinephrine. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in minutes for maximum of times (not to exceed a total of 3 doses) If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)			o an insect sting or the f	ollowing food(s):		
udent Skill Level (select the most appropriate option): Nurse-Dependent Student: sudent is self-administers under adult supervision latest student sudent is self-administer sudent is self-administer latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student student is self-administer latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student self-administer latest student self-administer latest student self-administer latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student self-administers latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student self-administers latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication latest student self-administer latest student demonstrated ability to self-administer latest student demonstrated ability to self-administer latest student self-administer latest student demonstrated ability to self-administer latest student demonstrated ability to self-administer latest student demonstrated ability to self-administer latest student demonstrated abili						
Muse-Dependent Student: nurse/nurse trained staff must administer					ceed a total of 3 doses	3)
Supervised Student: student is self-carry/self-administers under adult supervision			ministration (order antih	stamine below)		
Supervised Student: student self-administers, under adult supervision Independent Student: student is self-carry/self-administer lattest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials:						
Independent Student: student is self-carry/self-administer altest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's initials:	•					
Italiast student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials:	•	· ·				
ILD REACTION		I attest student demonst				
A. Give antihistamine: Name:		effectively during school	i, field trips, and school spo	nsored events - Practitione	rs initials:	-
Frequency:			Droporation/	Concentration:	Door	Pouto:
* Itchy nose, sneezing, itchy mouth * A few hives or mildly itchy skin * Mild stomach nausea or discomfort * Other:					Dose	Roule:
Nurse-Dependent Student: nurse must administer Supervised Student: student self-administers, under adult supervision Independent Student: student is self-carry/ self-administer I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: THER MEDICATION Give Name:					or discomfort • Other:_	
Supervised Student: student self-administers, under adult supervision Independent Student: student is self-carryl self-administer Independent Student is self-administer Independent	udent Skill Level (select the m	ost appropriate option):				
Independent Student: student is self-administer I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials:	•					
l attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials:	·					
THER MEDICATION Give Name: Preparation/Concentration: Dose: Route: Frequency: Q minutes hours as needed Specify signs, symptoms, or situations: If no improvement, indicate instructions: Conditions under which medication should not be given: Student Skill Level (select the most appropriate option): Nurse-Dependent Student: nurse must administer supervised Student: student self-administers, under adult supervision Independent Student: student is self-carry/ self-administer 1 attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: Home Medications (include over the counter) None Health Care Practitioner None Health Care Practitioner Signature: NPI #: Please check one: MD DO NP PA Date: Address: E-mail address: F-mail address: F-mail address: Please check one: MD DO NP PA Date: Address: F-mail address:	independent Student, student is	☐ I attest student demonst	rated ability to self-administ	er the prescribed medication	l	
• Give Name:		effectively during schoo	l, field trips, and school spo	nsored events - Practitione	r's Initials:	-
Frequency: O minutes hours as needed Specify signs, symptoms, or situations: If no improvement, indicate instructions: Conditions under which medication should not be given: Student Skill Level (select the most appropriate option): Nurse-Dependent Student: nurse must administer Supervised Student: student self-administers, under adult supervision Independent Student: student is self-carry/ self-administer attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: Home Medications (include over the counter) None Health Care Practitioner			10	_		
Specify signs, symptoms, or situations: If no improvement, indicate instructions: Conditions under which medication should not be given: Student Skill Level (select the most appropriate option): Nurse-Dependent Student: nurse must administer Supervised Student: student self-administers, under adult supervision Independent Student: student is self-carry/ self-administer I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: Home Medications (include over the counter) None Health Care Practitioner ast Name (Print): Signature: NPI #: Please check one: MD DO NP PA Date: Address: E-mail address:					Route:	
If no improvement, indicate instructions: Conditions under which medication should not be given: Student Skill Level (select the most appropriate option): Nurse-Dependent Student: nurse must administer Supervised Student: student self-administers, under adult supervision Independent Student: student is self-carry/ self-administer I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: Home Medications (include over the counter) None Health Care Practitioner ast Name (Print): Signature: NYS License # (Required): NPI #: Please check one: MD DO NP PA Date: Address: E-mail address:			iules 🗆 Hours as nee	ueu		
Conditions under which medication should not be given: Student Skill Level (select the most appropriate option): Nurse-Dependent Student: nurse must administer Supervised Student: student self-administers, under adult supervision Independent Student: student is self-carry/ self-administer 1 attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: Home Medications (include over the counter)	- p , g , - , p ,					
Student Skill Level (select the most appropriate option): Nurse-Dependent Student: nurse must administer Supervised Student: student self-administers, under adult supervision Independent Student: student is self-carry/ self-administer Independent Student: student is self-carry/ self-administer the prescribed medication Independent Student: student is self-carry/ self-administer the prescribed medication Independent Student: student is self-carry/ self-administer the prescribed medication Independent Student: student self-administer the prescribed medication Independent self-administer the prescribed medication Independent self-administer the prescribed medication Independent self						
Nurse-Dependent Student: nurse must administer Supervised Student: student self-administers, under adult supervision Independent Student: student is self-carry/ self-administer I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: Home Medications (include over the counter)						
□ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision □ Independent Student: student is self-carry/ self-administer □ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication □ effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: □ None Health Care Practitioner	· ·					
lattest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials:	·					
Health Care Practitioner ### Health Care Practitioner ### Signature: ### NOTE ### Please check one: MD DO NP PA Date: ### Date: ### Address: E-mail address: E-mail address: E-mail address: MS Signature MS DO NP PA Date: MS DO DO NP PA Date: MS DO DO DO NP PA Date: MS DO DO DO DO DO DO DO D	☐ Independent Student: student is	•			_	
Home Medications (include over the counter)		□ I attest student demons effectively during school	เrated abแty to self-adminis l, field trips, and school spo	ter the prescribed medication represents - Practitione	n r's Initials:	_
		H	lealth Care Practitio	ner		
NYS License # (Required): NPI #: Please check one: DO DO NP DA Date: Address: E-mail address:	.ast Name (Print):	First Name (Print):		Signature:		
Address: E-mail address:						
Tall Call Discours	, , ,					
Fel:	Tuui C33.					

অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম । অফিস অভ স্কুল হেলথ্ । 2022-2023 শিক্ষা বছর অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরড দিন। প্রেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে

পিতামাতা/অভিভাবকগণ: পড়ন, পুরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

- 1. আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ স্কুলে সংরক্ষণ করার এবং সেবন করতে দেয়ার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
- 2. আমি বুঝি যে:
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম (ইক্যুইপমেন্ট) দিব। আমি স্কুলে রিট্র্যাক্টেবল নিডল সহ এপিনেফ্রিন পেন দেয়ার চেষ্টা করব।
 - আমি বেসব প্রেসক্রিপশন এবং "ওভার-দ্যা-কাউন্টার" (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিন্যাল) বোতল বা বাব্দের মধ্যে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, মেয়াদোভীর্ণ (এক্সপায়ার) নয়, এমন ঔষধ প্রদান করবো।

 ে প্রেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাব্দের উপর অবশাই ফার্মাসির আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেল যা যা অন্তর্জ্জ থাকতে হবে 1) আমার সন্মানের নাম 2) ফার্মসির নাম ও ফোন
 - ০ পেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাক্সের উপর অবশ্যই ফার্মাসির **আসল** লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম ও ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিল সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) ডোজ 8) ঔষধ সেবনের সময়, 9) ঔষধ কীভাবে সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য সব নির্দেশনা।
 - আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোনও সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপত্রে দেয়া অ্যাজমা অথবা এপিনেফ্রিন উষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদকৃত ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি OSH-কে অনুমোদন দিছি।
 - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে আমি স্কুল নার্সকে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাবো।
 - OSH এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেয়ার সময় এই ফর্ম-এর তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
 - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF)-টি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH)-কে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
 - এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে, তা আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে বাতিল হয়ে যাবে, এতে গ্রীষ্মকালীন বা সামার সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে)। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার্ড) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সের কাছে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পুরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো। ভবিষ্যতে MAF-এর জন্য আমার স্বাক্ষর OSH-এর প্রয়োজন হবে না।
 - এই ফর্মটি আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে অ্যালার্জি জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে সেটার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোনও চুক্তি নয়।
 যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান লাগতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পুরণ করবে।
 - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্তিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ
 করতে পারে। যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকৈ স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারেন।

নিজে ঔষধ সেবন (শুধুমাত্র স্থনির্ভর শিক্ষার্থীরা):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। এই ফর্মে নির্দেশনা অনুযায়ী, আমার সন্তানকে স্কুলে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার এবং নিজে ঔষধ সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে ঔষধের উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী বোতল অথবা বাক্স প্রদানে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে "মওজুদ" (ব্যাক আপ) ঔষধ সংরক্ষণের জন্য দিতে সম্মত।
- যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয়, তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণকে তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিছি।
 দ্রষ্টব্য: আপনি যদি স্টক ব্যবহারের সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের এপিনেফ্রিন, অ্যাজমা ইনহেলার এবং অনুমোদিত অন্য যেসব ওষুধ নিজে নিজে দেয়া যায় সেগুলি
 স্কুল ট্রিপ এবং/অথবা আফটার স্কুল কর্মসূচির সময় তার সাথে পাঠিয়ে দেবেন যেন সেগুলি প্রয়োজনে তার জন্য সহজলভা হয়। স্টক মেডিকেশন শুধুমাত্র OSH স্টাফ দ্বারা স্কুলে ব্যবহারের
 জন্য।

শিক্ষার্থী র শেষ নাম:	প্রথম নাম:	মধ্য:	জন্মতারিখ:
স্কুল (ATS DBN/নাম):		বরো:	ডিস্ট্রিক্ট:
		পিতামাতা/অভিভাবকের ইনে	াইল:
পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর:			স্বাক্ষর দেয়ার তার্রখ:
	অন্য ফোন নম্বর		
জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ নাম/সম্পর্ক:			
man alabahara fam culatirulat color			
For Office of Sc	, ,	ফিস অভ স্কুল হেলথ (OS	
☐ 504 ☐ IEP ☐ Other			
Referred to School 504 Coordinator:	☐ Yes ☐ No		
Services provided by: Nurse/NP Signature and Title (RN OR SMD):			☐ School Based Health Center
Date School Notified & Form Sent to DO			
Revisions per Office of School Health af	ter consultation with prescribing practitioner:	☐ Clarified	

Confidential information should not be sent by email

FOR PRINT USE ONLY