

# ਸੱਟਰ ਕਾਂਉਟੀ ਆਫਿਸ ਆਫ ਐਜੂਕੇਸ਼ਨ – ਸ਼ੇਡੀ ਕਰੀਕ ਆਉਟਡੋਰ ਸਕੂਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਰਜਿਸਟਰੇਸ਼ਨ ਅਤੇ ਹੈਲਥ ਫਾਰਮ

ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਗਾਰਡੀਅਨ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ

ਵਿੱਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਅਖੀਰਲਾ)	ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (ਪਹਿਲਾ)	ਗ੍ਰੇਡ (ਛੋਟਾ ਨਾਂ)
ਲਿੰਗ: ਲੜਕਾ _____ ਲੜਕੀ _____		
ਟੀਚਰ ਦਾ ਨਾਂ	ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਂ	
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ (ਸਟ੍ਰੀਟ)	ਸਿਟੀ/ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ	
ਚਿੱਠੀ ਪਾਉਣ ਦਾ ਪਤਾ (ਜੇਕਰ ਫਰਕ ਹੈ)	ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ	
ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ	ਕੰਮ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾ	ਫੋਨ
ਮਾਤਾ ਦਾ ਨਾਂ	ਕੰਮ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾ	ਫੋਨ
ਇਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ		
	ਰਿਸ਼ਤਾ	
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਂ	ਆਫਿਸ ਦਾ ਪਤਾ	ਫੋਨ

## ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਆਮ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜਿਹੜੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁਦੀਆਂ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਉ ਅਤੇ ਹੋਣਾ ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਸਤਾਰ ਵਿੱਚ ਲਿਖੋ

### ਜ਼ਰੂਰੀ:

ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਨੁਸਖੇ ਵਾਲੀ ਜਾਂ ਬਗੈਰ ਨੁਸਖੇ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਸ਼ੇਡੀ ਕਰੀਕ ਲੈ ਕੇ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਜੇਕਰ "ਹਾਂ" ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਮੈਡੀਕੇਸ਼ਨ ਐਥੋਰਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਜ਼ਰੂਰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਦਵਾਈ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਭੇਜੋ।

ਹਾਂ \_\_\_\_\_ ਨਹੀਂ \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪਿਛਲੇ ਇੱਕ ਮਹੀਨੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਫੂਤ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਤਾਂ ਨਹੀਂ ਹੋਈ? ਜੇਕਰ ਹੋਈ ਹੈ ਤਾਂ ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਨਾਂ ਦਸੋ:

ਹਾਂ \_\_\_\_\_ ਨਹੀਂ \_\_\_\_\_

ਟੈਟਨੱਸ ਟੀਕਾ ਲੱਗਣ ਦੀ ਅਖੀਰਲੀ ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਵੈਜੀਟੇਰੀਅਨ ਹੈ? ਹਾਂ \_\_\_\_\_ ਨਹੀਂ \_\_\_\_\_

### • ਅਲੱਰਜੀਆਂ

- ਸ਼ਹਿਦ ਦੀ ਮੱਖੀ ਦਾ ਡੰਗ/ਕੀੜੀਆਂ ਦੇ ਡੰਗ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਖਾਣਾ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਹੇਅ ਬੁਖਾਰ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਕੋਈ ਹੋਰ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)

- ਦਿਲ ਦੀ ਹਾਲਤ ਠੀਕ ਹੈ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਨੱਕ ਚੌਂ ਖੂਨ ਵਗਣਾ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)

- ਹਾਲ ਵਿੱਚ ਹੱਡੀ ਟੁਟਣਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਚੋਟਾਂ ਲਗੀਆਂ ਹੋਣਾ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਚੋਟ ਵਾਲਾ ਸ਼ਰੀਰਕ ਹਿੱਸਾ \_\_\_\_\_ ਚੋਟ ਲਗਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ \_\_\_\_\_
- (ਚੋਟ ਕਾਰਣ ਹਿੱਸਾ ਨਾ ਲੈਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਹੀ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਬਾਰੇ ਹੇਠਾਂ ਜ਼ਰੂਰ ਲਿਖੋ)

### • ਅਸਤਮਾ (ਦਮਾ)

- ਕੀ ਦਿਵਾਈ ਬੱਚੇ ਕੋਲ ਹੋਵੇਗੀ? \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)

### • ਹਾਲ ਵਿੱਚ ਹੋਇਆ ਅਪਰੇਸ਼ਨ

- ਸ਼ਰੀਰਕ ਹਿੱਸਾ \_\_\_\_\_ ਅਪਰੇਸ਼ਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ \_\_\_\_\_

- ਗਲੇ ਜਾਂ ਪਿਠ ਦੀ ਤਕਲੀਫ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਰਾਤ ਨੂੰ ਬਿਸਤਰੇ ਤੇ ਪਿਸ਼ਾਬ ਕਰਨਾ (ਅੱਜਕਲ) \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਆਂਤੜੀਆਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਮਿਰਗੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀ ਕਾਰਣ ਦੌਰੇ ਪੈਣਾ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਬੇਹੋਸ਼ ਹੋਣਾ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਸਿਰਦੱਰਦ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)

- ਅਪਰੇਸ਼ਨ ਕਾਰਣ, ਹਿੱਸਾ ਨਾ ਲੈਣ ਸਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਬਾਰੇ ਹੇਠਾਂ ਜ਼ਰੂਰ ਲਿਖੋ
- ਸਾਇਨੱਸ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਨੀਂਦ ਵਿੱਚ ਤੁਰਨਾ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਏ ਡੀ ਡੀ ਜਾਂ ਏ ਡੀ ਐਚ ਡੀ (ਅਟੈਨਸ਼ਨ ਡਿਫਿਸਟ ਡਿਸਐਡਰ) \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਕੀ ਇਸਦੀ ਦਿਵਾਈ ਬੱਚੇ ਕੋਲ ਹੋਵੇਗੀ? \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)
- ਡਾਇਬੀਟੀਜ਼ \_\_\_\_\_ (ਹਾਂ) \_\_\_\_\_ (ਨਹੀਂ)

ਉੱਪਰ ਲਿਖੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਅਗੇ ਤੁਸੀਂ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਲਗਾਈ ਹੈ (ਅਖਰ ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਦੇਕੇ ਲਿਖੋ), ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਸੰਖੇਪ ਵੇਰਵਾ ਦਿਉ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਉੱਪਰ ਲਿਖੀਆਂ ਗੱਲਾਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੀ ਹੋਰ ਮੈਡੀਕਲ ਵਿਸ਼ੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣੀ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਵਖਰੇ ਕਾਰਜ ਤੇ ਲਿਖਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਲਗਾ ਦਿਓ। ਜੇਕਰ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਰਣਾਂ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਖਾਸ ਖਾਣੇ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਉਸਦੇ ਬਾਬਤ ਵੀ ਲਿਖ ਦਿਓ।

---

---

ਅਲੱਰਜੀਆਂ: ਟਾਇਪ(ਕਿਸਮ) ਬਾਰੇ, ਬੱਚੇ ਤੇ ਉਸਦਾ ਕੀ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਖਾਸ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਦਸੋ:

---

---

**ਦਮਾ/ਏ ਡੀ ਡੀ/ ਇਨਸਲੀਨ/ਏਪਿਕਿਤਿਸ:** ਵਿੱਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਦਵਾਈ ਜਿਹੜੀ ਕਿ ਉਸ ਲਈ (ਪ੍ਰਿਸਕਰਾਇਬ) ਤਜਵੀਜ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜਾਂ ਇਨਹੋਲੱਰ (ਸਾਹ ਰਾਹੀਂ ਖਿਚਣ ਵਾਲਾ)ਉਸਦੇ ਨਾਲ ਸ਼ੋਡੀ ਕਰੀਕ ਅਉਟਡੋਰ ਸਕੂਲ ਜ਼ਰੂਰ ਭੇਜ ਦਿਓ। ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਅਸਲੀ ਡੱਬੀਆਂ ਜਾਂ ਸ਼ੀਸੀਆਂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਭੇਜੋ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਅੰਬੋਰਾਇਜੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ (ਅਧਕਾਰੀ ਫਾਰਮ) ਵੀ ਭੇਜੋ ਜਿਸਤੇ ਮਾਪਿਆਂ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਤਜਵੀਜ਼ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਹੋਣ।

**ਸ਼ੋਡੀ ਕਰੀਕ ਅਉਟਡੋਰ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਤਜਵੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਗ਼ੈਰ (ਨੌਨ-ਪ੍ਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ) ਦਵਾਈਆਂ :**

ਕਈ ਵਾਰੀ, ਜਦੋਂ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਸਾਇਟ ਤੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਤਜਵੀਜ਼ ਤੋਂ ਬਗ਼ੈਰ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਮਕਸਦ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਾਇਟ ਤੇ ਹਰ ਵੇਲੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਸਟਾਕ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਭੀ ਦਵਾਈ ਬੱਚੇ ਦੇ ਨਾਲ ਨਾ ਭੇਜੋ। ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਅਗੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾ ਦਿਓ ਤਾਂਕਿ ਸਾਨੂੰ ਪਤਾ ਚਲ ਸਕੇ ਕਿ ਸਕੂਲ ਨੱਰਸ, ਹੈਲਟ ਟਕਨੀਸ਼ੀਅਨ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਸਟਾਫ ਮੈਂਬਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਹ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਤੋਂ ਬਗ਼ੈਰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਕੋਈ ਵੀ ਦਵਾਈ ਨਹੀਂ ਦਿਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਹਾਂ	ਨਹੀਂ	ਹਾਂ	ਨਹੀਂ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ਐਡਵਿਲ (ਡਿਸਮੇਨੋਰੀਆ)

ਬੈਨਾਡਰਿਲ (ਸਥਾਨਕ ਖੂਜਲੀ/ਕੀੜੇ ਦੇ ਕਟਣ ਤੇ)

ਕੈਲਾਡਰਿਲ ਲੋਸ਼ਨ (ਜ਼ਹਰੀਲੇ ਓਕ)

ਮਾਇਲੋ ਟਾ (ਪੇਟ ਖਰਾਬ)

ਟਾਇਲੇਨੋਲ (ਸਿਰ/ਪਠੇ ਦੱਰਦ ਲਈ)

ਕਾਓਪੀਟੇਟ (ਦਸਤ ਲਈ)

ਐਕਟੋਫਾਈਡ/ਸੁਡਾਫਿਡ (ਬੰਦ ਨਕ ਲਈ)

ਨਿਓਸਪੇਰਿਨ ਮਗਲੱਮ (ਛੋਟੇ ਕੱਟਾਂ/ਛਾਲਿਆਂ)

\_\_\_\_\_ ਕਾਫ਼ ਡਰਾਪਸ (ਖਾਸੀ)  
\_\_\_\_\_ ਕੋਰਟੀਜ਼ੋਨ .50 ਕਰੀਮ (ਖੁਰਕ/ ਪਿਤ)  
\_\_\_\_\_ ਰਿਡ/ਨਿਕਸ (ਜੁਆਂ ਲਈ)

\_\_\_\_\_ ਰੋਬਿਟਸਿਨ (ਖਾਸੀ)  
\_\_\_\_\_ ਡਰੋਮੋਅਮੀਨ (ਉਲਟੀ ਲਈ)

## ਮੈਡੀਕਲ ਇਲਾਜ ਲਈ ਮਨਜ਼ੂਰੀ - ਦਸਤਖਤ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਵਰਨਾ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ:

ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਨਾ ਮਿਲ ਸਕਾਂ ਤਾਂ ਇਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿੱਚ ਮੈਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦਾ ਜਾਂ ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਲੋੜ ਮੁਤਾਬਕ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਂ ਸੱਰਜੀਕਲ ਇਲਾਜ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਸਾਇਟ ਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉੱਪਰ ਲਿਖੀਆਂ ਅਤੇ ਨਾਲ ਵਾਲੇ ਮੈਡੀਕੇਸ਼ਨ ਐਥਰਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਤੇ ਲਿਖੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇਣ ਦੀ ਮੇਰੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਹੈ।

\_\_\_\_\_ ਮਾਪਿਆਂ/ਗਾਰਡੀਅਨ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

\_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ

### ਡਿਸਿਪਲਿਨ ਪਾਲਸੀ ਦਾ ਕਥਨ

ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਨੋਟ ਕਰ ਲਓ ਕਿ ਆਪਣੀ ਦੇ ਬੱਚੇ/ਬੱਚੀ ਦੇ ਸਕੂਲ ਦੇ ਅਨੁਸਾਸ਼ਨ ਸਬੰਧੀ ਜੋ ਵੀ ਨਿਯਮ ਹਨ ਉਹ ਸਾਰੇ ਇਸ ਆਉਟਡੋਰ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨਤੀਜੇ ਭੁਗਤਣੇ ਪੈਣਗੇ: **ਪਹਿਲੀ ਚੇਤਾਵਨੀ:** ਜੀ **ਦੂਜੀ ਚੇਤਾਵਨੀ:** ਓ **ਗੋਆ:** ਵਿੱਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਮਾਪਿਆਂ ਨੂੰ ਫੋਨ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ/ਬੱਚੀ ਦੇ ਨਾਲ ਉੱਪਰ ਲਿਖੇ ਨਿਯਮ ਪੜ੍ਹੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਮੈਨ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਸ਼ੇਡੀ ਕਰੀਕ ਆਉਟਡੋਰ ਸਕੂਲ ਤੋਂ ਮੈਨੂੰ ਫੋਨ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ/ਬੱਚੀ ਨੂੰ ਉਥੋਂ ਲਿਆਉਣਾ ਪਵੇਗਾ।

\_\_\_\_\_ ਮਾਪਿਆਂ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:

\_\_\_\_\_ ਵਿੱਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:

**ਫੋਟੋਗ੍ਰਾਫੀ ਰਿਲੀਜ਼:** ਮੈਂ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਆਪ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ/ਬੱਚੀ ਦੀ ਤਸਵੀਰ “ਮਾਈ ਵੀਕ ਐਂਡ ਸ਼ੇਡੀ ਕਰੀਕ” ਸੀ ਡੀ ਵਿੱਚ ਦਿਖਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਸੀ ਡੀ ਫੰਡ ਰੇਜ਼ਰ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਵੇਚੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿਰਫ ਉਹਨਾਂ ਸਕੂਲਾਂ ਲਈ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਂਦੇ ਹਨ। ਤਸਵੀਰਾਂ ਹੋਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮਕਸਦ ਲਈ ਨਹੀਂ ਵਰਤੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ।

\_\_\_\_\_ ਮਾਪਿਆਂ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

\_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ

**1. ਵੇਵਰ ਐਂਡ ਰਿਲੀਜ਼ ਆਫ ਕਲੇਮਜ਼.** ਮਾਪੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵੱਲੋਂ ਅਤੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਵੱਲੋਂ, ਇੱਜ ਕਰਕੇ, ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਦੋਸ਼ਾਂ ਤੋਂ ਮੁਕਤ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਸੁਪਰਿਨਟੈਂਡੈਂਟ, ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰੀ, ਪ੍ਰਬੰਧਕ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕ੍ਰਮਚਾਰੀ, ਸਵੈ ਸੇਵਕ ਜਾਂ ਹੋਰ ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਜਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸੱਟ-ਚੋਟਾਂ, ਐਕਸੀਡੈਂਟ, ਅਪਾਹਜਪੁਣਾ, ਮੌਤ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਸੰਪਤੀ ਦਾ ਨੁਕਸਾਨ, ਚਾਹੇ ਬਾਹਰੋਂ ਜਾਂ ਅੰਦਰੋਂ ਉਭਰੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸਵੈ-ਸੇਵਕਾਂ ਦੀ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ, ਜਾਣ ਬੁਝ ਕੇ ਜਾਂ ਲਾਪ੍ਰਵਾਹੀ ਕਰਕੇ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਿਸੇ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ। ਇਹ ਵੇਵਰ ਅਤੇ ਰਿਲੀਜ਼ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੇ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੇ ਪਹੁੰਚਣ ਅਤੇ ਉਥੋਂ ਵਾਪਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਸਾਰੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਅਤੇ ਮੌਕੇ ਜਿਹਨਾਂ ਦਾ ਸਬੰਧ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਹੈ। ਮਾਪੇ ਖੁਦ ਇਹ ਮੰਨਦੇ ਹਨ ਕਿ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵੱਲੋਂ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀਆਂ ਵੱਲੋਂ ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਵੀ ਇਸ ਤਰਾਂ ਦੇ ਹਾਲਾਤ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਐਕਸੀਡੈਂਟ, ਬਿਮਾਰੀ, ਮੌਤ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸੱਟ ਚੋਟ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਉਸ ਉੱਪਰ ਲੀਗਲ ਐਕਸ਼ਨ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਸਮੇਤ ਪਰ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ, ਲਾਪ੍ਰਵਾਹੀ ਕਰਕੇ, ਸੁਪਰਿਨਟੈਂਡੈਂਟ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰੀ, ਪ੍ਰਬੰਧਕ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕ੍ਰਮਚਾਰੀ, ਬੋਰਡ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਖਿਲਾਫ, ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੀ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਸਮੇਤ ਪਰ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ, ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਜਾਂ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਕਿਸੇ ਗਾਰਡੀਅਨ ਵੱਲੋਂ ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਮੁਕੱਦਮਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਅਸੀਂ ਜਾਂ ਸਾਡੇ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਰੱਖਿਆ ਕਰਨਗੇ, ਅਤੇ ਜ਼ਮਾਨਤ ਦੇਣਗੇ, ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਨੂੰ ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਸਾਰੇ ਕ੍ਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੂੰ, ਬੋਰਡ ਮੈਂਬਰਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਤਰਾਂ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਕਲੇਮ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਵਕੀਲਾਂ ਦੀ ਫੀਸ ਸਮੇਤ ਅਤੇ ਅਗਾਂਹ ਵੀ ਇਸ ਵੇਵਰ ਅਤੇ ਰਿਲੀਜ਼ ਨਾਲ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸ਼ਰਤਾਂ ਹੋਣਗੀਆਂ।  
ਮੈਂ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੜ੍ਹੀ ਅਤੇ ਸਮਝੀ ਹੈ। ਆਪਣੀ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਦਬਾਓ ਤੋਂ ਮੈਂ ਦਸਤਖਤ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ।

\_\_\_\_\_ ਮਾਪਿਆਂ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

\_\_\_\_\_ ਤਾਰੀਖ

### ਮੈਡੀਕੇਸ਼ਨ ਐਥਰਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਦੀਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ

ਡਾਕਟਰ ਵਲੋਂ ਦੱਸੀਆਂ ਅਤੇ ਕਉਂਟਰ ਤੋਂ ਖਰੀਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਭਾਵ ਹੈ ਕਿ ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ ਵਿੱਚ ਤਾਲੇ ਹੇਠ ਰਖੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਅਤੇ ਉਹ ਦਿਵਾਈਆਂ ਵਿੱਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਉਸਦੇ ਮਾਪਿਆਂ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਕਹਿਣੇ ਅਨੁਸਾਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਿਰਫ ਦਮੇ ਵਾਲੇ ਇਨਹੇਲਰ ਹੀ ਬੱਚੇ ਦੀ ਕੋਥਿਨ ਵਿੱਚ ਰਖੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਦਵਾਈ ਅਸਲ ਡਬੋ ਜਾਂ ਸ਼ੀਸ਼ੀ (ਉਰਿਜਨਲ ਕੰਨਟੇਨਰ) ਵਿੱਚ ਨਾ ਹੋਈ ਅਤੇ ਉਸਦੇ ਨਾਲ ਇਹ ਐਥਰਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਨਾ ਹੋਇਆ ਤਾਂ ਦਵਾਈ ਦਿੱਤੀ ਨਹੀਂ ਜਾਵੇਗੀ।

ਮੈਡੀਕੇਸ਼ਨ ਐਥਰਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਦੀ ਤਦਬੀਰ:

1. ਸੱਚ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਇਸ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸ਼ੇਡੀ ਕਰੀਕ ਨੂੰ ਪਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਜਾਂ ਪਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਗੈਰ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਲੈਕੇ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

- ਪਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਗੈਰ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਨਾਂ ਹੇਠਾਂ ਲਿਖੇ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਭੀ ਦਵਾਈ ਬੱਚੇ ਦੇ ਨਾਲ ਨਾ ਭੇਜਿਓ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਦਵਾਈਆਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖ਼ਤਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਇਹ ਦਵਾਈਆਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ :

ਐਡਵਿਲ (ਡਿਸਮੇਨੋਰੀਆ) (ਬੁਖਾਰ ਅਤੇ ਦਰਦ)	ਟਾਇਲੋਨੋਲ (ਸਿਰ/ਪਠੇ ਦੱਰਦ ਲਈ)
ਬੈਨਾਡਰਿਲ (ਸਥਾਨਕ ਖੁਜਲੀ/ਕੀੜੇ ਕਟਣ ਤੋਂ)	ਕਾਓਪਿਟੇਟ (ਦਸਤ)
ਕੈਲਾਡਰਿਲ ਲੋਸਨ (ਜ਼ਹਰੀਲੇ ਓਕ)	ਐਕਟਿਫਿਡ/ਸੁਡਾਫੈਡ (ਬੰਦ ਨੱਕ ਖੋਲਣ ਲਈ)
ਮਾਇਲੈਂਟਾ (ਪੇਟ ਖਰਾਬ)	ਨਿਓਸਪੋਰਿਨ ਮੁੱਲਮ(ਮਮੂਲੀ ਕੱਟਾਂ ਅਤੇ ਸੜਣ ਲਈ)
ਕੱਫ ਡਰੋਪਸ (ਖਾਂਸੀ)	ਰੋਬਿਟਸਿਨ (ਖਾਂਸੀ)
ਕੋਰਟੀਜ਼ੋਨ .50 ਕਰੀਮ (ਖੁਰੱਕ/ ਪਿਤ)	ਡਰੈਮਅਮੀਨ (ਉਲਟੀ ਲਈ)
ਰਿਡ/ਨਿਕਸ (ਜੁਆਂ ਲਈ)	

2. ਮੈਡੀਕੇਸ਼ਨ ਐਥਰਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ, ਅਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਕਰੋ। ਪਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਜਾਂ ਪਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਗੈਰ, ਅਤੇ ਜਿਹੜੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਬਾਰੇ ਉਪਰ ਨਹੀਂ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਦੇਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਅਤੇ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਸਪਸ਼ਟ ਰੂਪ ਵਿੱਚ (ਲੈਜ਼ਬਲ) ਲਿਖਕੇ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ (ਪਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਜਾਂ ਪਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਗੈਰ ਵਾਲੀ) ਤੁਹਾਡੀ ਭੇਜੀ ਹੋਈ ਦਵਾਈ ਤੱਕ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਦੇ ਸਕਦੇ ਜੱਦ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਫਾਰਮ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਇਸਦੇ ਨਾਲ ਸਾਨੂੰ ਨਹੀਂ ਭੇਜਦੇ।

3. ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਲੇਬਲ, ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਦੇਣ ਦੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਬਾਰੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਰਥਨ (ਵੈਰਿਫਾਇ) ਕਰ ਲਵੋ। ਸਮਰਥਨ ਕਰੋ ਕਿ :

- ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਪਣੇ ਪਹਿਲੇ ਕੰਨਟੇਨਰ ਵਿੱਚ ਹੀ ਹੋਣ।
- ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਲੇਬਲ ਠੀਕ ਲਗੇ ਹੋਣ (ਲੋੜ ਮਹਿਸੂਸ ਹੋਣ ਤੇ ਮਾਸਕਿੰਗ ਟੇਪ ਪ੍ਰਯੋਗ ਕਰੋ) ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ:
  - 1) ਵਿੰਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਂ(ਪਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਤੇ ਸਿਰਫ ਵਿੰਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਂ ਹੀ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੇ ਨਾਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ)।
  - 2) ਦਵਾਈ ਦਾ ਨਾਂ।
  - 3) ਦਵਾਈ ਦੀ ਖੁਰਾਕ ਦੇਣ ਦੀ ਸਹੀ ਮਾਤਰਾ ਅਤੇ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰੀ ਦਿਤੀ ਜਾਣੀ ਹੈ। ਇਸ ਬਾਰੇ ਹਿਦਾਇਤਾਂ।
  - 4) ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਂ।
  - 5) ਸਕੂਲ ਦੇ ਨਾਂ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਅਖੱਰ: ਉਦਾਹਰਨ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ -ਟਿਐਰਾ ਬੁਇਨੋ ਦਾ ਨਾਂ ਟੀ. ਬੀ ਲਿਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।
  - 6) ਪੰਜਾਬੀ ਦੇ ਲੇਬਲ ਦਾ ਅਨੁਵਾਦ ਇੰਗਲਿਸ਼ ਵਿੱਚ ਕਰਕੇ, ਐਥਰਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਤੇ ਇੰਗਲਿਸ਼ ਵਿੱਚ ਹੀ ਲਿਖੋ।
- ਪਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਨਾ ਹੋਈ ਹੋਵੇ।
- ਮੈਡੀਕੇਸ਼ਨ ਐਥਰਾਇਜ਼ੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਉਪਰ ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਨਾਂ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਖਵਾਉਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਭੀ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਲਿਖਿਆ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

4. ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਜ਼ਿਪਲੋਕ ਬੈਗੀ ਵਿੱਚ ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ (ਦੋਨੋਂ, ਪਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਅਤੇ ਪਰਿਸਕਰਿਪਸ਼ਨ ਤੋਂ ਬਗੈਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਅਪਣੇ ਕੰਨਟੇਨਰਾਂ ਵਿੱਚ) ਦੇ ਨਾਲ ਰੱਖ ਦਿਓ ਅਤੇ ਇਸ ਬੈਗੀ ਨੂੰ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸਕੂਲ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਦੇ ਦਿਓ ਤਾਂਕਿ ਉਹ ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਸ਼ੇਡੀ ਕਰੀਕ ਭੇਜ ਦੇਣ।

- ਬੈਗੀ ਦੇ ਉਪਰ ਅਪਣੇ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਸਕੂਲ ਦੇ ਨਾਂ ਦਾ ਲੇਬਲ ਲਗਾਓ (ਮਾਸਕਿੰਗ ਟੇਪ ਇਸਤਮਾਲ ਕਰੋ)।
- ਅਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਾਇਟ ਤੇ ਭੇਜਣ ਵੇਲੇ, ਉਸਦੇ ਸੂਟਕੇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਭੀ ਦਵਾਈ ਨਾ ਰਖਿਓ।
- ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਕਹੇ ਬਗੈਰ ਵਿਟਾਮਿਨ ਵੀ ਸਾਇਟ ਤੇ ਨਾ ਭੇਜਿਓ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਜਾਂ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦਵਾਈ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਪੁਛਣੇ ਹੋਣ ਤਾਂ ਅਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸਕੂਲ ਵਾਲਿਆਂ ਜਾਂ ਸ਼ੇਡੀ ਕਰੀਕ ਅਉਟਡੋਰ ਸਕੂਲ ਵਾਲਿਆਂ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਸਹਿਯੋਗ ਅਤੇ ਮਦਦ ਦੇ ਬੜੇ ਧਨਵਾਦੀ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਅਪਣਾ ਕੀਮਤੀ ਸਮਾਂ ਕੱਢਕੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰਿਆ, ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੜੇ ਹੀ ਪਰਸ਼ੰਸਕ ਹਾਂ। ਇਹ ਬਹੁਤ ਹੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ ਜਿਹੜੀ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਅਨੁਭਵ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਅਨੰਦਮਈ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ।

(ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪਲਟਾਉ ਤੇ ਦੂਜਾ ਪਾਸਾ ਭੀ ਭਰ ਦਿਓ)

**ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਸਾਵਧਾਨੀ ਨਾਲ ਪੂਰਾ ਭਰੋ**

ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਂ \_\_\_\_\_ (ਅਖੀਰਲਾ) \_\_\_\_\_ (ਪਹਿਲਾ)

ਦਵਾਈ _____	ਦਵਾਈ _____
------------	------------

ਦਵਾਈ ਦੇਣ ਦਾ ਮਕਸਦ _____	ਦਵਾਈ ਦੇਣ ਦਾ ਮਕਸਦ _____
ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਮਾਤਰਾ _____	ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਮਾਤਰਾ _____
ਦਵਾਈ ਦੇਣ ਦਾ ਸਮਾਂ _____	ਦਵਾਈ ਦੇਣ ਦਾ ਸਮਾਂ _____
ਦਵਾਈ ਦੀ ਖੁਰਾਕ ਦਾ ਆਕਾਰ (ਗੋਲੀ ਹੈ ਕਿ ਪਾਣੀ ਵਰਗਾ) _____	ਦਵਾਈ ਦੀ ਖੁਰਾਕ ਦਾ ਆਕਾਰ (ਗੋਲੀ ਹੈ ਕਿ ਪਾਣੀ ਵਰਗਾ) _____
ਦਵਾਈ _____	ਦਵਾਈ _____
ਦਵਾਈ ਦੇਣ ਦਾ ਮਕਸਦ _____	ਦਵਾਈ ਦੇਣ ਦਾ ਮਕਸਦ _____
ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਮਾਤਰਾ _____	ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਮਾਤਰਾ _____
ਦਵਾਈ ਦੇਣ ਦਾ ਸਮਾਂ _____	ਦਵਾਈ ਦੇਣ ਦਾ ਸਮਾਂ _____
ਦਵਾਈ ਦੀ ਖੁਰਾਕ ਦਾ ਆਕਾਰ (ਗੋਲੀ ਹੈ ਕਿ ਪਾਣੀ ਵਰਗਾ) _____	ਦਵਾਈ ਦੀ ਖੁਰਾਕ ਦਾ ਆਕਾਰ (ਗੋਲੀ ਹੈ ਕਿ ਪਾਣੀ ਵਰਗਾ) _____

ਸਾਵਧਾਨੀ, ਖਾਸ ਸੂਚਨਾ, ਹਾਨੀਕਾਰਕ ਅਸਰ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ, ਜਾਂ ਅਪਣੀ ਰਾਏ ਦਿਉ:

---



---



---



---



---

ਉਪਰ ਲਿਖੇ ਨਾਂ ਦਾ ਬੱਚਾ ਮੇਰੀ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਹੇਠ ਹੈ:

ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਂ(ਛਾਪਾਈ ਕਰੋ): ਡਾਕਟਰ \_\_\_\_\_

ਫੋਨ ਨੰਬਰ: \_\_\_\_\_

ਆਫਿਸ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_

ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਮੈਂ, ਸਕੂਲ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਅਨੁਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਉਪਰ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲਿਖੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਮਾਪਿਆਂ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_

ਤਾਰੀਖ: \_\_\_\_\_

ਕੇਵਲ ਹੈਲਥ ਟੈਕਨੀਸ਼ੀਅਨ ਦੇ ਭਰਨ ਲਈ:

---



---



---



