

طالبعلم/طالبہ کو ایپی نیفرین رکھنے اور/یا خود لگانے کا اجازت نامہ

طالبعلم/طالبہ کا نام: _____ تاریخ پیدائش: _____

میں، بطور ڈاکٹر اس بات کی تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس بچہ/بچی کو ماضی میں شدید الرجک ری ایکشن رہا ہے اور وہ نسخہ جاتی ادویات استعمال کرنے میں تربیت یافتہ ہے اور اسے ایپی نیفرین رکھنے اور خود لگانے کی اجازت دی جاتی ہے۔ جب بھی دوا/انجکشن استعمال کیا جائے تو نرس یا نامزد کردہ سکول سٹاف کو مطلع کرنا ضروری ہے۔

یہ بچہ/بچی دوا کو دوسروں کے ساتھ بانٹنے کے خطرات کو سمجھتا/سمجھتی ہے اور اس کرنے سے باز رہنے پر آمادہ ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ سکول پورے تعلیمی سال کے دوران کسی بھی وقت ہنگامی صورتحال میں استعمال ہونے والی اس دوا کو رکھنے یا خود استعمال کرنے کی اجازت کو واپس لے سکتا ہے اگر کسی موقع پر انہیں لگے کہ طالبعلم/طالبہ نے اس دوا کو رکھنے یا استعمال کرنے کی رعایت سے ناجائز فائدہ اٹھایا ہے یا طالبعلم/طالبہ محفوظ اور مؤثر طریقے سے دوا استعمال نہیں کر سکتا/سکتی۔

خود رکھنا

خود لگانا

طالبعلم/طالبہ کے دستخط	طالبعلم/طالبہ کا نام صاف صاف لکھنیے	تاریخ
ڈاکٹر کے دستخط	ڈاکٹر کا نام	تاریخ

والد یا والدہ/سرپرست کے دستخط	تاریخ
پرنسپل/نامزد کردہ کے دستخط	تاریخ