**SAĞLIK HİZMETLERİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ**

**KRONİK HASTALIKLARLA İLGİLİ VELİ BİLGİ FORMU**

Sayın Veli,

Öğrencinizin takip\ tedavi gerektiren kronik bir hastalığı (şeker hastalığı, kalp hastalığı) ya da özel bir sağlık sorunu ( alerji, ilaç kullanımı) olup olmadığı okulumuzda yapılacak sağlık müdahaleleri açısından önem arz etmektedir.

Velinin sözel isteği ile öğrenciye ilaç verilmeyecektir. Öğrencilerin güvenliği açısından lütfen okula, öğrenci çantalarında ilaç göndermeyiniz. İlaçların veliler tarafından okul hemşiresine teslim edilmesi gerekmektedir. Çocuğunuzun okul saatleri içinde düzenli olarak kullanması gereken ilaçların verilebilmesi için doktoru tarafından verilen bir reçete gerekmektedir.

Bu nedenle çocuğunuzla ilgili bilgi paylaşımında bulunmanız gerekmektedir.

**Saygılarımızla,**

 **Okul İdaresi**

**Öğrencinin;**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Adı-Soyadı*** |  |
| ***Sınıfı/Şubesi*** |  |
| ***Kronik Hastalığı*** |  ***Var ( ) Yok( )*** |
|  |  |
| ***Var İse*** | ***Tanısı***:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| ***Kullandığı İlaçlar, Cihazlar*** |  |

**Öğrenci Velisi**

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza