

د پرنس ویلیم کاونٹی عامه بنوونځی  
د درملو د تطبیقولو اجازه

د درملو له کاره  
د غورځیدو  
نیټه:

**د زده کوونکي معلومات: والدین/سرپرست باید لاندینی برخه بشپړه کړی**

زده کوونکی: \_\_\_\_\_ نیټه: \_\_\_\_\_ عمر: \_\_\_\_\_ ټولگی: \_\_\_\_\_

بنوونځی: \_\_\_\_\_ آیا زده کوونکی له دی وړاندی دا درمل خورلی دي؟  هو  نه

که ځواب نه وي، لومړنی مکمل ډوز باید په کور کې ورکړل شی ترڅو په بنوونځی کې په زده کوونکی باندی د منفی اغیزی کولو خطر کم کړل شي. لومړی ډوز ورکړل شوی وو: نیټه: \_\_\_\_\_ وخت: \_\_\_\_\_

**د نسخی درمل: د روغتیا پاملرنی ډاکټر باید (د هر درمل لپاره یوه فورمه) بشپړه کړی**

د درمل نوم: \_\_\_\_\_

تشخیص/ ناروغی د کوم لپاره چی درمل تطبیق کیري: \_\_\_\_\_

ډوز: \_\_\_\_\_ د کومی لاری: \_\_\_\_\_ د تطبیقولو وخت: \_\_\_\_\_

د وخت موده:  د بنوونځی کال  بل څه: \_\_\_\_\_

احتمالی بدی یا جانبی اغیزی:  د یو هم توقع نه کیري  مشخص کړی: \_\_\_\_\_

د روغتیا پاملرنی ډاکټر لاسلیک: \_\_\_\_\_ نیټه: \_\_\_\_\_

د روغتیا پاملرنی ډاکټر لیکلی نوم / مهر: \_\_\_\_\_

د روغتیا پاملرنی ډاکټر تلیفون شمیره: \_\_\_\_\_ فکس شمیره: \_\_\_\_\_

د روغتیا پاملرنی ډاکټر/مرکز پته: \_\_\_\_\_

**له نسخی پرته درمل: والدین/سرپرست باید (د هر درمل لپاره یوه فورمه) بشپړه کړي**

د درمل نوم: \_\_\_\_\_

د درمل د ورکولو لامل: \_\_\_\_\_

ډوز: \_\_\_\_\_ د کومی لاری: \_\_\_\_\_ د تطبیقولو وخت: \_\_\_\_\_

د وخت موده:  د بنوونځی کال  بل څه: \_\_\_\_\_

احتمالی بدی یا جانبی اغیزی:  د یو هم توقع نه کیري  مشخص کړی: \_\_\_\_\_

**د والدینو/سرپرست لخوا اجازه**

زما لاسلیک د بنوونځی د مدیر استازی ته اجازه ورکوی چی نسخه یی یا د نسخی پرته درمل تطبیق کړي او د مدیر استازی ته اجازه ورکوي چی د اړتیا په صورت کی د روغتیا پالنی ډاکټر سره اړیکه ټینګه کړي. زه دا هوکړه هم کوم چی د بنوونځی کال په پای کې هر ډول غیر کارول شوی درمل بیرته تر لاسه کړم. زه په دی پوهیرم چی هغه درمل چی د بنوونځی کال په پای کې د والدین/سرپرست لخوا بیرته وانه خیستل شي، له منځه به وړل کیري. ما پروسیجرونه / تگلاري لوستلی دی او د اړتیا سره سم بی مسولیت په غاړه اخلم.

والدینو/سرپرست لاسلیک: \_\_\_\_\_ نیټه: \_\_\_\_\_

**د روغتیا اداری کارکوونکو سره په ګډه باید بشپړ شي**

تر لاسه شوی درمل (مقدار / توضیحات): \_\_\_\_\_

تر لاسه شوی درمل: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

د والدینو/سرپرست لاسلیک/نیټه

د روغتیا اداری د کارکوونکی لاسلیک/نیټه

د درملو تر لاسه کوونکی: \_\_\_\_\_ نیټه: \_\_\_\_\_