

ПРИСТАНАК ДА СЕ ИЗВРШИ ПРЕГЛЕД ЗА ОТКРИВАЊЕ ВАШКИ

Одобрење које ће важити док траје учениково школовање у:

(insert school details)

Током школовања вашег детета школа ће организовати прегледе ученика да се види да ли имају вашке.

Инфекција вашки се најделотворније лечи ако се сва деца укључе у наш програм систематског прегледа.

Школа је свесна да то може да буде осетљиво питање и зато се обавезала да одржава тајност ученика и избегава стигматизацију.

Преглед ученика ће вршити стручна особа која ће бити одобрена од стране директора и школског већа.

Пре него што почне преглед, особа која ће га вршити објасниће свим ученицима о чему се ради и зашто се то ради, и биће наглашено да проналажење вашки у њиховој коси не значи да им коса није исто тако чиста и уредна као и другима. Такође ће се нагласити да вашке могу да изазову сврабеж и да иритирају, и ако знају да имају вашке да могу нешто да ураде у вези тога.

Особа која врши преглед ће прегледати косу сваког ученика да види да ли има вашки или јаја.

Особа која има одобрење од директора може и визуелно да прегледа дететову косу ако се сумња да има вашке. Током визуелног прегледа дететова глава се физички не додирује.

У случајевима где се открију вашке, особа која врши преглед ће обавестити учениковог учитеља и директора **(insert other(s) if required)**. Школа ће на одговарајући начин ступити у контакт са родитељима/старатељима/неговатељима.

Молимо вас обратите пажњу на то да здравствени прописи налажу да ако дете има вашке, то дете не би требало да се враћа у школу док не почне одговарајуће лечење. Школа може да захтева да се попуни 'формулар о предузетим мерама' ('action taken form'), којим се од родитеља/старатеља/неговатеља тражи да назначе да ли је почело и када је почело лечење.

Име и презиме родитеља/старатеља/неговатеља:

Име и презиме родитеља/старатеља/неговатеља:

Адреса:..... Поштански број:.....

Име детета које похађа школу:.....

Овим дајем пристанак да горе наведено дете учествује у школском програму прегледа за откривање вашки који ће важити док траје дететово школовање у овој школи.

Потпис родитеља/старатеља/неговатеља: Датум.....

Потпис родитеља/старатеља/неговатеља: Датум.....

Молимо вас да обавестите школу ако дође до промене старатељства/чувања вашег детета, јер ће у том случају бити потребно да се овај образац поново потпише. Молимо вас да такође обавестите школу написмено ако више не желите да дајете пристанак да школа врши преглед детета за откривање вашки.