

CONSENT FORM TO CONDUCT HEAD LICE INSPECTIONS

SAGLASNOST ZA OBAVLJANJE PREGLEDA VAŠKI

Dozvola važi cijeli period trajanja školovanja učenika u:

(insert school details)

Tokom školovanja vašeg djeteta, škola će organizovati pregled vaški kod učenika.

Kontrola infekcije vaškama najbolje funkcioniše ako su sva djeca uključena u naš promatrački program.

Škola je svjesna da ovo može biti osjetljivo pitanje i predana je očuvanju privatnosti studenata i izbjegavanju žigosanja.

Pregled učenika će obavljati obučena osoba, koju odobri direktor škole i školsko vijeće.

Prije nego bilo koji pregled počne, osoba koja obavlja pregled će objasniti svim učenicima šta se radi i zašto i biće naglašeno učenicima da prisutnost vaški u njihovoj kosi ne znači da je njihova kosa manje čista ili bolje održavana od nekog drugog. Takođe će biti naglašeno da od vaški osjetite svrab, one su dosadne, te ako znate da ih imate, možete uraditi nešto povodom toga.

Osoba koja obavlja pregled će pregledati kosu svakog učenika da vidi da li su vaške ili jajašca prisutni.

Osoba kojoj to dozvoli direktor škole može takođe vizuelno pregledati kosu vašeg djeteta da provjeri prisutnost vaški, ako se sumnja da ona postoji. Oni ne dodiruju fizički kosu vašeg djeteta za vrijeme vizuelnog pregleda.

U slučajevima kada su vaške pronađene, osoba koja pregleda učenika će obavjestiti njihovog učitelja i direktora škole **(ubacite ostale ako je potrebno)**. Škola će ostvariti odgovarajući kontakt sa roditeljima/ starateljima/ paziteljima.

Molimo vas da upamtite da se po zdravstvenoj regulativi traži da dijete kod kojeg su pronađene vaške, ne dolazi nazad u školu dok se ne sprovede odgovarajući tretman. Škola može tražiti da popunite "formular o poduzetoj akciji", koji traži da roditelji/ staratelji/ pazitelji navedu da li su i kada počeli sa tretmanom.

Puno ime roditelja/ staratelja/ pazitelja:

Puno ime roditelja/ staratelja/ pazitelja:

Adresa:..... Poštanski broj:.....

Ime djeteta koje pohađa školu:.....

Ja ovim putem dajem svoju saglasnost za gore navedeno dijete da učestvuje u školskom programu pregledanja vaški tokom trajanja njegovog školovanja u ovoj školi.

Potpis roditelja/ staratelja/ pazitelja: Datum.....

Potpis roditelja/ staratelja/ pazitelja: Datum.....

Molimo vas da obavijestite školu ako se strateljstvo ili aranžman brige o vašem djetetu promijeni, pošto bi ovaj formular trebao biti ponovno potpisan u skladu sa tim promjenama. Molimo vas takođe da pismeno obavijestite školu ako više niste saglasni sa tim da se na vašem djetetu vrši kontrola vaški.