

## SUGLASNOST ZA PREGLED UČENIKA NA ZARAZNE UŠI

### Dozvola koja vrijedi za vrijeme trajanja školovanja u:

(insert school details)

Za vrijeme školovanja vašeg djeteta, škola će organizirati pregled kose učenika radi provjere na uši.. Kontrola infekcije ušima je bolja kada su sva djeca uključena u ovaj program provjere.

U školi znaju da ovo može biti osjetljiva tema i posvećeni su održavanju tajnosti za svoje studente i time izbjegavanju stigmatizacije.

Pregled kose studenata će obaviti obučena osoba kojoj će ovo biti odobreno od strane direktora škole i nastavničkog vijeća .

Prije obavljanja pregleda, osoba koja obavlja pregled će objasniti svim studentima što je učinjeno i zašto, a studentima će biti naglašeno da prisustvo ušiju u njihovoj kosi ne znači da je njihova kosa manje čista ili bolje održavana nego nečija druga. Također će biti ukazano na to da uši mogu svrbiti i smetati i ako znate da ih vaše dijete ima, možete u vezi toga nešto učiniti.

Osoba koja će vršiti pregled će pregledati kroz kosu svakog studenta da bi vidjela da li ima ličinki ili jajašca.

Osoba - ovlaštena od direktora, može također vizualno pregledati kosu vašeg djeteta na prisustvo zaraznih ušiju, gdje se sumnja da ih dijete možda ima. Za vrijeme ove vizualne provjere, oni fizički ne dodiruju glavu djeteta.

U slučajevima gdje su zarazne uši prisutne, osoba koja pregledava učenika će informirati učenikova nastavnika i direktora (po potrebi upišite druge osobe). Škola će na odgovarajući način kontaktirati roditelje/skrbnike/njegovatelje. djeteta.

Skrećemo vašu pozornost na to da zdravstveni propisi zahtijevaju da dijete koja ima zarazne uši u kosi, ne treba dolaziti u školu sve dok nije započelo primati za to odgovarajući tretman. Škola može zahtijevati popunjavanje obrazca pod nazivom "Što je poduzeto" ('action taken form'), koji traži od roditelja/skrbnika/njegovatelja da navedu da li i kada je započet tretman protiv ušiju.

Ime roditelja/skrbnika/njegovatelja: .....

Ime roditelja/skrbnika/njegovatelja .....

Adresa:..... Poštanski broj:.....

Ime djeteta koje polazi u školu:.....

Ovime dajem svoju suglasnost da gore imenovano dijete učestvuje u programu pregleda učenika na zarazne uši za vrijeme njegova školovanja u ovoj školi.

Potpis roditelja/skrbnika/njegovatelja ..... Datum.....

Potpis roditelja/skrbnika/njegovatelja ..... Datum.....

*Molimo informirajte školu ukoliko se skrbništvo nad vašim djetetom ili osoba kojoj je dijete povjereno na čuvanje i odgoj, promjeni, jer ta promjena treba biti unijeta u ovaj obrazac i novoimenovana osoba potpisati ovu suglasnost. Molimo također informirajte školu u pismenom obliku ukoliko želite poništiti ovu suglasnost kako biste potom vi preuzeli obavezu pregleda kose vašeg djeteta na zarazne uši.*