



LBVM
शिक्षा सेवा संस्कृत

Lions Bal Vidya Mandir, Pilibhit

(An English Medium Co-educational Senior Secondary School, Affiliated to CBSE, New Delhi)

No: LBVM/Circular/2024-25/08

CIRCULAR

DATE: 11.08.2024

CONSENT FORM FOR ADMINISTRATION OF ALBENDAZOLE TABLETS

एल्बेंडाज़ोल टैबलेट के वितरण के लिए सहमति पत्र

Dear Parents/Guardians,

Greetings!

We are conducting a health initiative at our school that involves the administration of Albendazole tablets to help prevent intestinal worm infections among students. This medication is intended for all students aged 2 years and above.

हमारे स्कूल में एक स्वास्थ्य पहल का संचालन किया जा रहा है जिसमें छात्र/छात्राओं के आंतों में कीड़े का संक्रमण रोकने के लिए एल्बेंडाज़ोल टैबलेट का वितरण किया जायेगा। यह दवा सभी छात्र/छात्राओं के लिए है जिनकी आयु 2 वर्ष और उससे अधिक है।

Purpose of Administration:

प्रशासन का उद्देश्य:

Intestinal worm infections can lead to various health issues, including malnutrition, anemia, and impaired growth in children. Administering Albendazole will help protect your child's health and improve their overall well-being.

आंतों के कीड़े के संक्रमण से विभिन्न स्वास्थ्य समस्याएं हो सकती हैं, जिसमें कुपोषण, रक्ताल्पता, और बच्चों का विकास अवरुद्ध होना शामिल है। एल्बेंडाज़ोल का प्रयोग आपके बच्चों के स्वास्थ्य की सुरक्षा करेगा और उनके समग्र विकास को सुधारने में सहायक होगा।

Details of Administration:

वितरण का विवरण:

- **Medication Name:** Albendazole
- **दवा का नाम:** एल्बेंडाज़ोल
- **Dosage:** 400 mg
- **खुराक:** 400 मिग.
- **Date of Administration:** 12.08.2024
- **वितरण की तारीख:** 12.08.2024
- **Location:** At school CAMPUS

Health Information:

स्वास्थ्य जानकारी:

Please inform us if your child has any known allergies, medical conditions, or is currently taking any other medications.

यदि आपके बच्चे को किसी वस्तु से एलर्जी है, कोई स्वास्थ्य संबंधी परेशानी है अथवा वह वर्तमान में किसी अन्य दवा का सेवन कर रहा है तो कृपया हमें सूचित करें

.....
.....

Consent Statement:

सहमति विवरण:

I, the undersigned parent/guardian, hereby give my consent for my child to receive Albendazole (400 mg) on the specified date.

मैं, नीचे हस्ताक्षरित माता-पिता/अभिभावक, hereby अपनी सहमति देता/देती हूँ कि मेरा बच्चा निर्दिष्ट तारीख पर एल्बेंडाज़ोल (400 मिग.) प्राप्त करे।

I understand that this medication is safe and effective for the treatment of intestinal worms and that it will be administered by school personnel.

मैं समझता/समझती हूँ कि यह दवा आंतों के कीड़ों के उपचार के लिए सुरक्षित और प्रभावी है और इसे स्कूल के अध्यापकों की देख रेख में खिलाया जाएगा।

Parent/Guardian Information:

माता-पिता/अभिभावक की जानकारी:

- Name / नाम : _____
- Relationship to Student/ छात्र के साथ संबंध : _____
- Contact Number/ संपर्क नंबर : _____
- Signature/ हस्ताक्षर : _____
- Date/ तारीख : _____

Medical History:

चिकित्सा इतिहास:

Please list any allergies or medical conditions your child may have

कृपया कोई एलर्जी या चिकित्सा स्थिति सूचीबद्ध करें

.....
.....
.....

Consent via Link:

लिंक के माध्यम से सहमति:

To provide consent, please visit the following link/ सहमति देने के लिए कृपया निम्नलिखित लिंक पर जाएं

<https://forms.gle/68MVk6yjiJ2LyDQ2A>

Note: For students who are not willing to take the tablet at school, we will give away the tablets through students. You are requested to administer it at home.

जो छात्र स्कूल में टैबलेट लेने के इच्छुक नहीं हैं उनको टैबलेट घर ले जाने के लिए दी जाएगी। आपसे अनुरोध है की आप स्वयं इस औषधि को अपने बच्चों को अवश्य खिलाएं।

Thanks and regards/ सादर धन्यवाद

Amit K.S / अमित के.एस.

Principal/ प्रधानाचार्य

LBMV, Pilibhit/ एलबीवीएम, पीलीभीत