

تفويض للاتصال بطبيب

Authorisation to contact doctor

ينبغي ملء هذه الاستمارة باللغة الإنكليزية من جانب الوالد(ة)/مقدم الرعاية

اسم الطالب _____
Name of student

اسم المدرسة المسجل فيها الطالب أو التي يسعى إلى التسجيل فيها

اسم المدرسة _____
Name of school
لقد تم إعلامي بأن:

- 1- المدرسة قد تحتاج لمناقشة ما تنطوي عليه حالة/حالات طفلي الطبيبة مع طبيبه المعالج لكي تتمكن من وضع وتنفيذ خطة رعاية صحية فردية.
 - 2- وأن المعلومات التي يمكن أن تطلبها المدرسة تشمل معلومات عن حساسية طفلي وإمكانية إصابته بإعوار وأية حالة أخرى يمكن أن تؤثر على تقديم المدرسة الدعم لطفلي خلال الدوام المدرسي وخلال الأنشطة التي تجرى تحت رعاية المدرسة.
- وقد تم إخباري بأن المعلومات التي يقدمها الطبيب إلى المدرسة قد يستخدمها موظفو المدرسة أو يُفصحون عنها لأغراض إعداد أو تنفيذ خطة الرعاية الصحية الفردية.
- أوافق على قيام محترف الرعاية الصحية المبيّنة تفاصيله أدناه بإعطاء دائرة التعليم والمجتمعات/المدرسة معلومات عن الحساسية لدى طفلي وإمكانية إصابته بإعوار وعن أية حالة أخرى، بما فيها اضطرابات التعلم، التي يمكن أن تؤثر على تقديم المدرسة الدعم لطفلي خلال الدوام المدرسي وخلال الأنشطة المتعلقة بالمدرسة.

معلومات عن الطبيب (Doctor's information) :

اسم الطبيب: _____
Name of doctor

عنوان الطبيب: _____
Address of doctor

رقم هاتف الطبيب: _____
Doctor's phone number

رقم هاتف الطبيب المتنقل إذا كان معروفاً: _____
Doctor's mobile

عنوان البريد الإلكتروني الخاص بالطبيب إذا كان معروفاً: _____
Doctor's email

رقم فاكس الطبيب إذا كان معروفاً: _____
Doctor's fax

توقيع الوالد(ة)/مقدم الرعاية _____
Signature of parent/carer

اسم الوالد(ة)/مقدم الرعاية (الرجاء كتابته بحروف كبيرة) _____
Name of parent/carer