

聯絡醫生授權書

Authorisation to contact doctor

請學生的家長或照顧人使用英文妥善填寫本份表格

學生姓名 _____
Name of student

學生就讀或希望報名就讀的學校 _____
Name of school

我已經知悉：

1. 學校可能需要就我的子女的健康狀況和醫療問題與他們的主治醫生聯絡商談，以便學校能夠制訂和實施符合學生個人要求的健康照顧計劃。
2. 學校尋求獲取的資料包括學生對哪些物質過敏、過敏反應的危險以及其他健康問題。這些都可能影響我的子女在學校期間或參加由學校安排的各種活動期間，學校將如何為他們提供正確恰當的照顧。

我已經知悉，學校出於制訂以及實施個人健康照顧計劃的原因，可能會披露或使用醫生提供的相關資料。

我同意下列註明的醫療衛生專業人員可以向Department of Education and Communities (教育和社區部) 以及學校提供涉及我的子女的過敏病症、過敏反應危險以及其他包括學習障礙在內的健康問題資料。這些都可能影響我的子女在學校期間或參加由學校安排的各種活動期間，學校將如何為他們提供正確恰當的照顧。

醫生的資料 (Doctor's information) :

醫生的姓名： _____
Name of doctor

醫生的地址： _____
Address of doctor

醫生的電話： _____
Doctor's phone number

醫生的移動電話 (如知道)： _____
Doctor's mobile

醫生的電郵地址 (如知道)： _____
Doctor's email

醫生的傳真 (如知道)： _____
Doctor's fax

家長/照顧人簽名 _____
Signature of parent/carer

家長/照顧人姓名 (請工整拼寫) _____
Name of parent/carer