

Dozvola za kontaktiranje doktora

Authorisation to contact doctor

Ovaj obrazac treba da ispuni roditelj/staratelj na engleskom jeziku

Ime učenika _____
Name of student

Naziv škole koju učenik pohađa ili u koju se upisuje

Name of school

Ovim potvrđujem da mi je objašnjeno da:

1. će škola možda htjeti da sa našim doktorom porazgovara o mogućim problemima vezanim za zdravstveno stanje mogeg djeteta kako bi mogli razviti i primijeniti individualni zdravstveni plan.
2. informacije koje škola može tražiti uključuju informacije o alergiji mogeg djeteta, o riziku od anafilakse, kao i o bilo kojem drugom oboljenju koje bi moglo uticati na pružanje podrške mojem djetetu za vrijeme školskih sati, kao i za vrijeme školskih aktivnosti koje se odvijaju pod nadzorom škole.

Razumijem da škola i školsko osoblje mogu koristiti informacije koje dobiju od doktora kako bi razvili i primijenili individualni zdravstveni plan.

Ovim dajem dozvolu da dolje navedeni zdravstveni radnik može školi/Ministarstvu za obrazovanje i rad sa zajednicama, dati informacije o alergiji mogeg djeteta, o riziku od anafilakse, i o bilo kojem drugom zdravstvenom problemu, uključujući i probleme kod učenja, koji bi mogli uticati na pružanje podrške mojem djetetu za vrijeme školskih sati, kao i za vrijeme školskih aktivnosti.

Podaci o doktoru (Doctor's information) :

Ime doktora: _____
Name of doctor

Doktorova adresa: _____
Address of doctor

Doktorov telefon: _____
Doctor's phone number

Doktorov mobitel, ako ga imate: _____
Doctor's mobile

Doktorov email, ako ga znate: _____
Doctor's email

Doktorov telefaks, ako ga znate: _____
Doctor's fax

Potpis roditelja/staratelja _____
Signature of parent/carer

Ime roditelja/staratelja (štampanim slovima) _____
Name of parent/carer