

डाक्टरलाइ सम्पर्कगर्न स्वीकृती

Authorisation to contact doctor

यो फारम अविभावक /संरक्षकबाट अंग्रेजीमा भर्नु पर्नेछ।

विद्यार्थीको नाम _____
Name of student

विद्यार्थी भर्ना भएको वा भर्नागर्न खोजेको विद्यालयको नाम _____
Name of school

मलाइ यो सुझाव दिइयो कि::

1. विद्यालयले मेरो बालबालिकाको मेडिकल अवस्था/हरूको बारेमा उनिहरूको उपचार गर्ने डाक्टरसंग छलफल गर्न सक्नेछ जसबाट विद्यालयले व्यक्तिगत स्वास्थ्य सेवा योजना तयार पारेर त्यसलाई र लागू गर्न सक्नेछ।
2. विद्यालयले खोज्ने जानकारीहरूमा मेरो बालबालिकाको एलर्जी र एनाफलेक्सिस हुने खतरा र विद्यालयमा रहेको समयमा स्कूलले आयोजना गरेको कृयाकलापहरूको बेला प्राप्तहुने सेवामा असर पार्ने कुराहरू पर्दछन्।

मलाइ यो पनि सुझाव दिइयो कि डाक्टरद्वारा विद्यालयलाई उपलब्ध गराइएका जानकारीहरू विद्यालयले वा विद्यालयको कर्मचारीहरूले व्यक्तिगत स्वास्थ्य सेवा योजनाको विकास र लागू गर्नको लागि प्रयोग गरिनेछ।

म निम्न लिखित स्वास्थ्य सेवाकर्मीलाई Department of Education and Communities/school लाइ मेरो बालबालिकाको एलर्जीको बारेमा, एनाफलेक्सिस हुने खतरा र अन्य कुनै पनि अध्ययन कठिनाइ, जसले विद्यालयमा मेरो बालबालिकालाई विद्यालयको समयमा र विद्यालयसंग सम्बन्धित कृयाकलापहरूको बेला स्कूलले प्रदान गर्ने ठेवामा असर पार्ने कुराहरू लगायतका जानकारीहरू उपलब्ध गराउन स्वीकृती प्रदान गर्दछु ।

डाक्टरको जानकारी: (Doctor's information) :

डाक्टरको नाम: _____
Name of doctor

डाक्टरको ठेगाना: _____
Address of doctor

डाक्टरको फोन नम्बर: _____
Doctor's phone number

डाक्टरको मोबाइल नम्बर यदि थाह भएमा: _____
Doctor's mobile

डाक्टरको इमेल यदि थाह भएमा: _____
Doctor's email

डाक्टरको फ्याक्स यदि थाह भएमा: _____
Doctor's fax

अविभावक / संरक्षकको हस्ताक्षर _____
Signature of parent/carer

अविभावक / संरक्षकको नाम (कृपया लेख्नुहोला) _____
Name of parent/carer