

# Autorização para contatar o médico

## Authorisation to contact doctor

*Este formulário deve ser preenchido em inglês por um dos pais/tutor*

Nome do/a estudante \_\_\_\_\_  
Name of student

Nome da escola na qual o/a estudante está inscrito/a ou se irá inscrever  
\_\_\_\_\_  
Name of school

Fui informado/a que:

1. a escola pode necessitar discutir as implicações da/s condição/ões médica/s da minha criança com o médico que a trata, para que a escola possa desenvolver e implementar um plano individual de cuidados de saúde.
2. as informações que podem ser pedidas pela escola incluem dados sobre a alergia e o risco de choque anafilático da minha criança, e qualquer outra condição que possa ter impacto na capacidade da escola em fornecer apoio à minha criança durante as horas escolares e durante atividades sob a supervisão da escola.

Fui informado/a que as informações fornecidas pelo médico à escola podem ser usadas ou divulgadas ao pessoal da escola para fins de desenvolvimento ou implementação do plano individual de cuidados de saúde.

Consinto que o profissional de cuidados de saúde identificado abaixo forneça ao Departamento de Educação e Comunidades/escola informações sobre a alergia da minha criança, risco de choque anafilático e qualquer outra condição, incluindo uma dificuldade de aprendizagem que possa ter impacto na capacidade da escola em fornecer apoio à minha criança durante as horas escolares e durante atividades relacionadas com a escola.

### Informação do médico (Doctor's information) :

Nome do médico: \_\_\_\_\_  
Name of doctor

Endereço do médico: \_\_\_\_\_  
Address of doctor

Número de telefone do médico: \_\_\_\_\_  
Doctor's phone number

Telemóvel do médico, se conhecido: \_\_\_\_\_  
Doctor's mobile

Email do médico, se conhecido: \_\_\_\_\_  
Doctor's email

Fax do médico, se conhecido: \_\_\_\_\_  
Doctor's fax

Assinatura do pai/mãe/tutor \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

Nome do pai/mãe/tutor (letras maiúsculas) \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer