

ਡਾਕਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ-ਪੱਤਰ

Authorisation to contact doctor

ਇਹ ਫਾਰਮ ਮਾਪਿਆਂ/ਸੰਭਾਲਕਾਂ ਵੱਲੋਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇਗਾ

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਮ _____
Name of student

ਸਕੂਲ ਦਾ ਨਾਮ, ਜਿੱਥੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਮ ਦਾਖਲ ਹੈ ਜਾਂ ਦਾਖਲ ਚਾਹ ਰਿਹਾ ਹੈ

Name of school

ਮੈਨੂੰ ਇਹ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਕਿ:

1. ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ/ਦੇ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ/ਹਾਲਤ ਦੀਆਂ ਗੁੰਝਲਾਂ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਸਕੂਲ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਵਿਕਸਤ ਅਤੇ ਲਾਗੂ ਕਰ ਸਕੇ।
2. ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਜਿਹੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਉਸ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਐਲਰਜੀ ਤੇ ਐਨਾਫਿਲੈਕਸਿਸ (ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦਵਾਈ ਜਾਂ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਤੋਂ ਜੋ ਕੋਈ ਰੀਐਕਸ਼ਨ ਹੁੰਦਾ ਹੋਵੇ) ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਅਤੇ ਅਜਿਹੀ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਥਿਤੀ ਜਿਹੜੀ ਸਕੂਲ ਦੇ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਸਕੂਲ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਧੀਨ ਕਰਵਾਈਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਦੌਰਾਨ ਸਕੂਲ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸਹਾਇਤਾ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੋਵੇ।

ਮੈਨੂੰ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਕਿ ਡਾਕਟਰ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਉਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਦੱਸੀ ਜਾਵੇ ਜਿਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਕੂਲ ਵੱਲੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਜਾਂ ਉਸ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੇ ਮੰਤਵਾਂ ਲਈ ਸਕੂਲ ਸਟਾਫ ਵੱਲੋਂ ਜੱਗ ਜ਼ਾਹਿਰ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਮੈਂ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰੋਫੈਸ਼ਨਲ ਨੂੰ ਇਹ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਹ ਸਿੱਖਿਆ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ ਭਾਈਚਾਰਿਆਂ/ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਐਲਰਜੀ, ਐਨਾਫਿਲੈਕਸਿਸ ਤੇ ਸਿੱਖਣ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵਿਗਾੜ ਸਮੇਤ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਵੇ, ਜੋ ਸਕੂਲੀ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਅਤੇ ਸਕੂਲ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਦੌਰਾਨ ਸਕੂਲ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸਹਾਇਤਾ ਉੱਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕੇ।

ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (Doctor's information) :	
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ :	_____
	Name of doctor
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਪਤਾ :	_____
	Address of doctor
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ :	_____
	Doctor's phone number
ਡਾਕਟਰ ਦਾ ਮੋਬਾਇਲ ਜੋ ਪਤਾ ਹੋਵੇ :	_____
	Doctor's mobile
ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਈ-ਮੇਲ ਜੋ ਪਤਾ ਹੋਵੇ :	_____
	Doctor's email
ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਫੈਕਸ ਜੋ ਪਤਾ ਹੋਵੇ :	_____
	Doctor's fax

ਮਾਪੇ/ਸੰਭਾਲਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ _____
Signature of parent/carers

ਮਾਪੇ/ਸੰਭਾਲਕ ਦਾ ਨਾਮ (ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਛਾਪੋ) _____
Name of parent/carers