

## ڈاکٹر سے رابطہ کرنے کی اجازت

### Authorisation to contact doctor

والد/والدہ/سرپرست یہ فارم انگلش میں مکمل کریں۔

طالب علم کا نام \_\_\_\_\_

Name of student

اس سکول کا نام جہاں طالب علم داخل ہے یا داخلہ طلب کر رہا ہے

Name of school

مجھے آگاہ کیا گیا ہے کہ

1- سکول کو میرے بچے کی طبی کیفیت/کیفیات کی وجہ سے پیش آسکنے والے حالات کے بارے میں بچے کا علاج کرنے والے ڈاکٹر سے بات کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے تاکہ سکول انفرادی تحفظ صحت کا ایک پلان تیار کر سکے اور اسے عمل میں لاسکے۔

2- سکول جو معلومات مانگ سکتا ہے، ان میں میرے بچے کی الرجی اور اینافلیکسیز (شدید الرجی کی ایکشن) کے خطرے اور دوسری ہر طرح کی کیفیت کے بارے میں معلومات شامل ہیں جس سے سکول کے اوقات میں اور سکول کے زیر اہتمام ہونے والی سرگرمیوں کے دوران میرے بچے کو سکول کی جانب سے مدد دیے جانے پر اثر پڑ سکتا ہے۔

مجھے بتایا گیا ہے کہ ڈاکٹر کی طرف سے سکول کو ملنے والی معلومات کو سکول کا عملہ انفرادی تحفظ صحت کے پلان کو تیار کرنے اور عمل میں لانے کیلئے استعمال کر سکتا ہے یا آگے کسی اور کو دے سکتا ہے۔

میری طرف سے اجازت ہے کہ نیچے مذکور طبی ماہر ڈیپارٹمنٹ آف ایجوکیشن اینڈ کمیونٹیز/سکول کو میرے بچے کی الرجی، شدید الرجی کی ایکشن کے خطرے اور کسی بھی دوسری کیفیت، بشمول سیکھنے کے مسائل، کے بارے میں معلومات دے سکتا ہے جن سے سکول کے اوقات میں اور سکول کے زیر اہتمام ہونے والی سرگرمیوں کے دوران میرے بچے کو سکول کی جانب سے مدد دیے جانے پر اثر پڑ سکتا ہے۔

### ڈاکٹر کی تفصیلات (Doctor's information)

ڈاکٹر کا نام: \_\_\_\_\_

Name of doctor

ڈاکٹر کا پتہ: \_\_\_\_\_

Address of doctor

ڈاکٹر کا فون نمبر: \_\_\_\_\_

Doctor's phone number

ڈاکٹر کا موبائل نمبر، اگر معلوم ہو: \_\_\_\_\_

Doctor's mobile

ڈاکٹر کا ای میل، اگر معلوم ہو: \_\_\_\_\_

Doctor's email

ڈاکٹر کا فیکس نمبر، اگر معلوم ہو: \_\_\_\_\_

Doctor's fax

والد/والدہ/سرپرست کے دستخط \_\_\_\_\_

Signature of parent/carer

والد/والدہ/سرپرست کا نام (بڑے انگریزی حروف میں) \_\_\_\_\_

Name of parent/carer