

Ijin untuk Menghubungi Dokter

Authorisation to contact doctor

Formulir ini harus diisi dalam bahasa Inggris oleh orangtua/pengasuh

Nama siswa _____
Name of student

Nama sekolah tempat siswa didaftarkan atau mencari pendaftaran

Name of school

Saya telah diberitahu bahwa:

1. sekolah mungkin perlu untuk membicarakan dampak kondisi medis anak saya dengan dokter yang menanganinya agar sekolah dapat mengembangkan dan menerapkan rencana perawatan kesehatan secara individu.
2. informasi yang dapat dicari oleh sekolah meliputi information tentang risiko alergi dan anafilaksis (reaksi alergi berat) serta kondisi lain yang mungkin berdampak pada sekolah yang memberikan dukungan untuk anak saya selama jam-jam belajar sekolah dan selama kegiatan yang diselenggarakan di bawah pengawasan sekolah.

Saya diberitahu bahwa informasi yang diberikan oleh dokter kepada sekolah dapat digunakan atau diungkapkan oleh staf sekolah untuk maksud pengembangan atau penerapan rencana perawatan kesehatan individu.

Saya memberi izin pada ahli perawatan kesehatan yang tercantum di bawah guna memberikan pada Departemen Pendidikan dan Masyarakat/sekolah (Department of Education and Community) informasi tentang alergi, risiko anafilaksis dan kondisi lain anak saya, termasuk kelainan belajar, yang mungkin berdampak pada dukungan yang diberikan oleh sekolah kepada anak saya selama jam-jam belajar sekolah dan selama kegiatan yang berkaitan dengan sekolah.

Informasi dokter (Doctor's information) :

Nama dokter: _____
Name of doctor

Alamat dokter: _____
Address of doctor

Nomor telepon dokter: _____
Doctor's phone number

Nomor HP dokter (jika diketahui): _____
Doctor's mobile

Alamat email dokter (jika diketahui): _____
Doctor's email

Nomor fax dokter (jika diketahui): _____
Doctor's fax

Tanda tangan orangtua/pengasuh _____
Signature of parent/carer

Nama orangtua/pengasuh (dalam huruf cetak) _____
Name of parent/carer