

# 의사 연락 동의서

## Authorisation to contact doctor

본 양식은 학부모/보호인이 영어로 작성하여야 합니다

학생 이름 \_\_\_\_\_  
Name of student

학생이 재학 중이거나 취학 예정인 학교 이름 \_\_\_\_\_  
Name of school

본인은 아래 사항을 통지받았습니다:

1. 개인 보건 계획의 개발 및 이행을 위해 학교 측이 본인 자녀의 의학적 상황에 따라 발생 가능한 일에 대해 치료 담당 의사와 논의할 필요가 있을 수 있다.
2. 본인 자녀의 알레르기와 과민반응 위험 및 기타 상황에 대한 정보 등을 비롯, 수업 중이거나 학교 행사 중 본인 자녀에게 학교가 지원을 제공하는 데 영향을 미칠 수도 있다고 판단되는 경우, 학교 측이 관련 정보를 수집할 수 있다.

본인은 의사가 학교에 제공한 정보에 대해 개인 보건 계획의 개발 및 이용을 목적으로 학교 직원이 이를 공개하거나 사용할 수 있다는 점을 통지받았습니다.

본인은 본인 자녀의 학습장애를 포함하여, 수업 중이거나 학교 행사 중 학교 측이 본인 자녀에게 제공하는 지원에 영향을 미칠 수도 있는 알레르기와 과민반응 위험 및 기타 상황에 대한 정보를 아래 의료전문인이 지역사회/학교, 교육부에 제공하는 데 동의합니다.

### 의사 정보 (Doctor's information) :

의사 이름: \_\_\_\_\_  
Name of doctor

의사 주소: \_\_\_\_\_  
Address of doctor

의사 전화번호: \_\_\_\_\_  
Doctor's phone number

의사 휴대전화 번호(아는 경우): \_\_\_\_\_  
Doctor's mobile

의사 이메일 주소(아는 경우): \_\_\_\_\_  
Doctor's email

의사 팩스 번호(아는 경우): \_\_\_\_\_  
Doctor's fax

부모/보호인 서명 \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

부모/보호인 이름(인쇄체로 기재해 주십시오) \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer