

Овлашћење да се контактира лекар

Authorisation to contact doctor

Овај формулар родитељ/старатељ треба да попуни на енглеском

Име ученика _____
Name of student

Име школе у коју је ученик уписан или у коју жели да се упише

Name of school

Обавештен/а сам да:

1. Ће школа можда требати да разговара о последицама здравственог стања мог детета са лекаром који га лечи, тако да школа може да састави и спроведе индивидуални план здравствене неге.
2. Ће информације које школа може да тражи укључити информације о алергијама мог детета и о ризику од анафилаксе и других последица које могу имати утицаја на школу која треба да пружи помоћ мом детету током наставе и током активности под покровитељством школе.

Обавештен/а сам да особље школе може да употреби или пренесе другим лицима информације које школа добије од лекара у сврху састављања или спровођења индивидуалног плана здравствене неге.

Дајем пристанак да доле наведени здравствени радник достави Министарству за образовање и друштвене заједнице/школи информације о алергијама мог детета, ризику од анафилаксе и другим болестима, укључујући сметње у учењу, које могу имати утицаја на школу која треба да пружи помоћ мом детету током наставе или током других школских активности.

Подаци лекара (Doctor's information) :

Име лекара: _____
Name of doctor

Адреса лекара: _____
Address of doctor

Број телефона лекара: _____
Doctor's phone number

Број мобилног телефона лекара, ако вам је познат: _____
Doctor's mobile

Е-пошта лекара, ако вам је позната: _____
Doctor's email

Број факса лекара, ако вам је познат: _____
Doctor's fax

Потпис родитеља/старатеља _____
Signature of parent/carer

Име родитеља/старатеља (штампаним словима) _____
Name of parent/carer