

# Doktorla görüşme yetkisi

## Authorisation to contact doctor

*Bu form ebeveyn veya bakıcı tarafından İngilizce doldurulacaktır*

Öğrencinin adı \_\_\_\_\_  
Name of student

Öğrencinin kayıtlı olduğu veya kayıt yaptırmak istediği okulun adı \_\_\_\_\_  
Name of school

Aşağıdaki hususlar tarafıma bildirilmiştir:

1. okulun kişiye özel bir sağlık planı geliştirip uygulamaya koyabilmesi için çocuğumun sağlık probleminin/problemlerinin etkilerini onu tedavi eden doktorla konuşmaları gerekebilir.
2. okul tarafından istenebilecek bilgiler, okul saatlerinde ve okulun gözetimindeki aktivitelerin yapılması sırasında okulun çocuğuma destek olmasını etkileyebilecek olan, çocuğumdaki alerji ve anafeksi riski ile başka herhangi bir problemi kapsayabilir.

Doktor tarafından okula verilecek bilgilerin, kişiye özel bir sağlık planı geliştirilmesi veya uygulamaya konması amacıyla okul personeli tarafından kullanılacağı veya dışarıya açıklanabileceği de tarafıma izah edilmiştir.

Ben bu yazıyla, kimlik bilgileri aşağıda belirtilen doktora, okul saatlerinde ve okulla ilgili faaliyetlerde okulun çocuğuma destek olmasına etki edebilecek olan, çocuğumdaki alerjiyle, anafeksi riskiyle ve öğrenme güçlüğü dahil olmak üzere herhangi başka bir rahatsızlık ile ilgili bilgileri Eğitim ve Toplumlar Bakanlığı'na/okula vermesi için izin veriyorum.

### Doktorun bilgileri (Doctor's information) :

Doktorun adı: \_\_\_\_\_  
Name of doctor

Doktorun adresi: \_\_\_\_\_  
Address of doctor

Doktorun telefon numarası: \_\_\_\_\_  
Doctor's phone number

Doktorun cep telefonu, biliniyorsa: \_\_\_\_\_  
Doctor's mobile

Doktorun email adresi, biliniyorsa: \_\_\_\_\_  
Doctor's email

Doktorun faks numarası, biliniyorsa: \_\_\_\_\_  
Doctor's fax

Ebeveynin/Bakıcının İmzası \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

Ebeveynin/Bakıcının Adı (Lütfen yazınız) \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer