

ডাক্তারের সাথে যোগাযোগের অনুমতিপত্র

Authorisation to contact doctor

এই ফর্মটি পিতামাতা/পরিচর্যাকারী কর্তৃক ইংরেজীতে পূরণ করতে হবে

ছাত্র/ছাত্রীর নাম _____

Name of student

যে স্কুলে ছাত্র/ছাত্রী ভর্তি হয়েছে কিংবা হতে ইচ্ছুক তার নাম _____

Name of school

আমাকে জানানো হয়েছে যে:

1. আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থার প্রভাব সম্পর্কে স্কুল কর্তৃপক্ষকে হয়তো তার চিকিৎসা প্রদানকারী ডাক্তারের সাথে আলোচনা করার দরকার হতে পারে, যাতে করে স্কুল একটি ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিকল্পনা তৈরী এবং তা বাস্তবায়ন করতে পারে।
2. স্কুল যেসকল তথ্য জানতে চাইতে পারে সেগুলি হলো আমার সন্তানের অ্যালার্জি ও অ্যানাফিল্যাক্সিসের ঝুঁকি এবং অন্য যেকোনো অবস্থা যা স্কুল চলাকালীন সময়ে এবং স্কুলের তত্ত্বাবধানে পরিচালিত কর্মকান্ডের সময়ে আমার সন্তানকে পরিচর্যাকারী স্কুলের ওপর প্রভাব ফেলতে পারে।

আমাকে জানানো হয়েছে যে চিকিৎসক কর্তৃক স্কুলকে দেয়া তথ্য ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিকল্পনা তৈরী ও বাস্তবায়নের উদ্দেশ্যে ব্যবহৃত হতে পারে কিংবা একই উদ্দেশ্যে স্কুলের কর্মচারীরা ব্যবহার করতে পারেন।

আমি নিম্নে প্রদর্শিত স্বাস্থ্যকর্মীকে আমার সন্তানের অ্যালার্জি, অ্যানাফিল্যাক্সিসের ঝুঁকি এবং শিক্ষা-সম্পর্কিত সমস্যাসহ অন্য যেকোনো অবস্থার কথা ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন অ্যান্ড কমিউনিটিস/স্কুলকে জানানোর জন্য অনুমতি দিচ্ছি, যা স্কুল চলাকালীন সময়ে এবং স্কুল আয়োজিত কর্মকান্ডের সময় আমার সন্তানকে পরিচর্যা প্রদানকারী স্কুলের ওপর প্রভাব ফেলতে পারে।

ডাক্তারের তথ্য (Doctor's information):

ডাক্তারের নাম: _____

Name of doctor

ডাক্তারের ঠিকানা: _____

Address of doctor

ডাক্তারের ফোন নম্বর: _____

Doctor's phone number

ডাক্তারের মোবাইল যদি জানা থাকে: _____

Doctor's mobile

ডাক্তারের ইমেইল যদি জানা থাকে: _____

Doctor's email

ডাক্তারের ফ্যাক্স যদি জানা থাকে: _____

Doctor's fax

পিতামাতা/পরিচর্যাকারীর স্বাক্ষর _____

Signature of parent/carer

পিতামাতা/পরিচর্যাকারীর নাম (অনুগ্রহ করে বড় হাতের অক্ষরে লিখুন) _____

Name of parent/carer