

Pristanak za kontaktiranje liječnika

Authorisation to contact doctor

Ovaj obrazac treba na engleskom ispuniti roditelj/staratelj

Ime i prezime učenika _____
Name of student

Naziv škole u koju je učenik upisan ili se želi upisati

Name of school

Razumijem sljedeće:

1. škola možda treba s liječnikom koji liječi moje dijete porazgovarati o implikacijama djetetove bolesti, kako bi razradila i provela individualni plan za zaštitu zdravlja.
2. Informacije koje škola može zatražiti uključuju informacije o alergijama mog djeteta i opasnost od anafilakse, te bilo koju drugu bolest koja bi mogla utjecati na pomoć koju škola pruža mom djetetu tijekom nastave i aktivnosti koje se odvijaju pod nadzorom škole.

Razumijem da informacije koje škola dobije od liječnika školsko osoblje može koristiti ili ustupiti u svrhu razdrađivanja ili provođenja individualnog plana za zaštitu zdravlja.

Pristajem da niže navedeni zdravstveni radnik Ministarstvu za obrazovanje i zajednice/školi ustupi informacije o alergijama mog djeteta, opasnosti od anafilakse, te o bilo kojim drugim bolestima, uključujući poteškoće u učenju, koje bi mogle utjecati na pomoć škole mom djetetu tijekom nastave i aktivnosti koje se odvijaju u svezi sa školom.

Informacije o liječniku (Doctor's information) :

Ime i prezime liječnika: _____
Name of doctor

Adresa liječnika: _____
Address of doctor

Telefonski broj liječnika: _____
Doctor's phone number

Liječnikov mobitel ako ga znate: _____
Doctor's mobile

Liječnikova email adresa ako je znate: _____
Doctor's email

Liječnikov telefaks ako ga znate: _____
Doctor's fax

Potpis roditelja/staratelja _____
Signature of parent/carer

Ime i prezime roditelja/staratelja (upišite štampanim slovima) _____
Name of parent/carer