

Εξουσιοδότηση για επικοινωνία με το γιατρό

Authorisation to contact doctor

Το παρόν έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί στα Αγγλικά από τον γονέα/κηδεμόνα

Όνομα μαθητή _____
Name of student

Όνομα σχολείου στο οποίο είναι εγγεγραμμένος ή επιθυμεί να εγγραφεί ο μαθητής

Name of school

Έχω ενημερωθεί ότι:

1. το σχολείο μπορεί να χρειαστεί να συζητήσει τις επιπτώσεις της ιατρικής πάθησης ή των ιατρικών παθήσεων του παιδιού μου με τον θεράποντα ιατρό του, ώστε να μπορέσουν να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν ένα ατομικό σχέδιο υγειονομικής περίθαλψης.
2. στις πληροφορίες που μπορεί να ζητηθούν από το σχολείο περιλαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με την αλλεργία, τον κίνδυνο αναφυλαξίας και τυχόν άλλες παθήσεις του παιδιού μου που μπορεί να επηρεάσουν την παροχή υποστήριξης από το σχολείο προς το παιδί μου κατά τη διάρκεια των ωρών λειτουργίας του σχολείου και των δραστηριοτήτων που διενεργούνται υπό την αιγίδα του σχολείου.

Έχω ενημερωθεί ότι οι πληροφορίες που παρέχονται από το γιατρό στο σχολείο μπορεί να χρησιμοποιηθούν ή να αποκαλυφθούν από το προσωπικό του σχολείου για τους σκοπούς ανάπτυξης και εφαρμογής του ατομικού σχεδίου υγειονομικής περίθαλψης.

Συναινώ ώστε ο παρακάτω αναφερόμενος γιατρός να παράσχει στο Υπουργείο Παιδείας και Κοινοτήτων/σχολείο πληροφορίες σχετικά με την αλλεργία, τον κίνδυνο αναφυλαξίας και τυχόν άλλες παθήσεις του παιδιού μου, συμπεριλαμβανομένων μαθησιακών διαταραχών, που μπορεί να επηρεάσουν την παροχή υποστήριξης από το σχολείο στο παιδί μου κατά τη διάρκεια των ωρών λειτουργίας του σχολείου και των σχολικών δραστηριοτήτων.

Πληροφορίες ιατρού (Doctor's information) :

Όνομα ιατρού: _____
Name of doctor

Διεύθυνση ιατρού: _____
Address of doctor

Αρ. τηλεφώνου ιατρού: _____
Doctor's phone number

Κινητό ιατρού, αν είναι γνωστό: _____
Doctor's mobile

Ηλ. διεύθυνση ιατρού, αν είναι γνωστή: _____
Doctor's email

Φαξ ιατρού, αν είναι γνωστό: _____
Doctor's fax

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα _____
Signature of parent/carer

Όνομα γονέα/κηδεμόνα (με κεφαλαία) _____
Name of parent/carer