

ໜັງສືມອບອຳນາດໃຫ້ຕິດຕໍ່ນາຍໝໍ

Authorisation to contact doctor

ຟອມນີ້ຕ້ອງຊຽນຕື່ມເປັນພາສາອັງກິດ ໂດຍພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລ

ຊື່ນັກຮຽນ _____
Name of student

ຊື່ໂຮງຮຽນທີ່ນັກຮຽນໄດ້ຈົດຊື່ເຂົ້າຮຽນ ຫຼື ຂໍເຂົ້າຮຽນ

Name of school

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກແຈ້ງໃຫ້ຊາບວ່າ:

1. ທາງໂຮງຮຽນອາດຈະຕ້ອງການສິນທະນາເລື່ອງບັນດາສິ່ງທີ່ພົວພັນກັບສະພາບການດ້ານສຸຂະພາບ ຂອງລູກ ຂ້າພະເຈົ້າກັບນາຍໝໍທີ່ປິ່ນປົວພວກເຂົາເພື່ອວ່າທາງໂຮງຮຽນຈະສາມາດຈັດວາງ ແລະ ນຳປະຕິບັດແຜນການດູແລ ສຸຂະພາບ ສຳລັບສ່ວນບຸກຄົນໄດ້.
2. ຂໍ້ມູນທີ່ທາງໂຮງຮຽນອາດຈະຂໍນັ້ນຮວມເຖິງ ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບອາການແພ້ ແລະ ຄວາມສ່ຽງຕໍ່ອາການແພ້ອັນຮຸນແຮງຂອງລູກຂ້າພະເຈົ້າພ້ອມທັງສະພາບອື່ນໆທີ່ອາດຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທາງໂຮງຮຽນຈັດຫາໃຫ້ລູກຂ້າພະເຈົ້າໃນຊ່ວງລະຍະຊີວິດໂມງຮຽນ ແລະ ໃນລະຍະທີ່ມີກິດຈະກຳອື່ນໆທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການອຸປະກອນຂອງໂຮງຮຽນ.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກແຈ້ງໃຫ້ຊາບວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ນາຍໝໍໄດ້ເອົາໃຫ້ແກ່ທາງໂຮງຮຽນນັ້ນອາດຈະຖືກນຳໃຊ້ ຫຼື ຖືກເປີດເຜີຍ ໂດຍ ພະນັກງານຂອງໂຮງຮຽນເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການຈັດວາງ ແລະ ການນຳປະຕິບັດ ຂອງແຜນການດູແລສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນ.

ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມໃຫ້ແພດທີ່ໄດ້ຖືກລະບຸໄວ້ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ມອບຂໍ້ມູນໃຫ້ແກ່ກະຊວງສຶກສາ ແລະ ຊຸມຊົນ/ໂຮງຮຽນ ກ່ຽວກັບອາການແພ້ ແລະ ຄວາມສ່ຽງຕໍ່ອາການແພ້ອັນຮຸນແຮງຂອງລູກຂ້າພະເຈົ້າພ້ອມທັງສະພາບອື່ນໆ ຮວມເຖິງຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການຮຽນຮູ້ ຊຶ່ງອາດຈະມີຜົນກະທົບຕໍ່ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທາງໂຮງຮຽນຈັດຫາໃຫ້ລູກຂ້າພະເຈົ້າໃນຊ່ວງລະຍະຊີວິດໂມງຮຽນ ແລະ ໃນລະຍະທີ່ມີກິດຈະກຳອື່ນໆທີ່ພົວພັນກັບໂຮງຮຽນ.

ຂໍ້ມູນຂອງນາຍໝໍ (Doctor's information) :

ຊື່ ນາຍໝໍ: _____
Name of doctor

ທີ່ຢູ່ຂອງນາຍໝໍ: _____
Address of doctor

ໂທລະສັບຂອງນາຍໝໍ: _____
Doctor's phone number

ໂທລະສັບມືຖືຂອງນາຍໝໍ ຖ້າຮູ້: _____
Doctor's mobile

ອີເມລຂອງນາຍໝໍ ຖ້າຮູ້: _____
Doctor's email

ແຟັກຂອງນາຍໝໍ ຖ້າຮູ້: _____
Doctor's fax

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລ _____
Signature of parent/carer

ຊຽນຕື່ມ ໂດຍ (ກະຮຸນາຂຽນຊື່ໃສ່ຢູ່ບ່ອນນີ້): _____
Name of parent/carer