

# اجازه تماس با دکتر

## Authorisation to contact doctor

این فرم باید توسط پدر، مادر / مراقب به زبان انگلیسی تکمیل شود

نام دانش آموز \_\_\_\_\_  
Name of student

نام مدرسه‌ای که دانش آموز در آن نامنویسی شده یا خواستار نامنویسی در آن است

\_\_\_\_\_ Name of school  
به من اطلاع داده شده است که:

1. ممکن است مدرسه لازم داشته باشد در مورد پیامدهای بیماری/های فرزند من با دکتر درمانگر مدرسه صحبت کند تا مدرسه بتواند یک طرح انفرادی مراقبت بهداشتی تهیه و آن را اجرا کند.

2. اطلاعاتی که مدرسه می‌تواند درخواست کند شامل اطلاعات مربوط به حساسیت فرزندم و خطر واکنش شدید آنافیلاکسی و شرایط دیگری می‌باشد که ممکن است در توانایی مدرسه برای حمایت از فرزندم در ساعات مدرسه و در طول فعالیت‌هایی که به نام مدرسه انجام می‌شود تأثیر داشته باشد.

به من اطلاع داده شده است که اطلاعاتی که دکتر به مدرسه می‌دهد ممکن است توسط کارمندان مدرسه بمنظور تهیه یا اجرای طرح مراقبت بهداشتی انفرادی مورد استفاده قرار گرفته یا افشا شود.

من اجازه می‌دهم که متخصص بهداشت نامبرده در زیر اطلاعات مربوط به حساسیت فرزندم، خطر واکنش شدید آنافیلاکسی و هر بیماری دیگر او، از جمله اختلال یادگیری، که ممکن است در توانایی مدرسه برای حمایت از فرزندم در ساعات مدرسه و در طول فعالیت‌هایی که به نام مدرسه انجام می‌شود تأثیر داشته باشد را در اختیار اداره آموزش و جوامع / مدرسه بگذارد.

### اطلاعات مربوط به دکتر (Doctor's information)

نام دکتر: \_\_\_\_\_  
Name of doctor

آدرس دکتر: \_\_\_\_\_  
Address of doctor

شماره تلفن دکتر: \_\_\_\_\_  
Doctor's phone number

شماره تلفن همراه دکتر اگر میدانید: \_\_\_\_\_  
Doctor's mobile

ایمیل دکتر اگر میدانید: \_\_\_\_\_  
Doctor's email

شماره فکس دکتر اگر میدانید: \_\_\_\_\_  
Doctor's fax

امضای پدر، مادر / مراقب \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

نام پدر، مادر / مراقب (لطفاً با حروف جدا بنویسید) \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer