

# Официальное разрешение обратиться к врачу

## Authorisation to contact doctor

*Этот бланк должен быть заполнен на английском родителем или опекуном*

Имя учащегося \_\_\_\_\_  
Name of student

Название школы, в которую он/она зачислены или желают поступить  
\_\_\_\_\_  
Name of school

Меня поставили в известность, что:

1. у школы может возникнуть необходимость обсудить различные аспекты заболевания(ий) моего ребенка с лечащим врачом, чтобы школа могла разработать и внедрить индивидуальный план медицинского обслуживания.
2. информация, которую может затребовать школа, включает сведения об аллергии моего ребенка и риске анафилактической реакции, а также всех прочих заболеваниях, которые могут сказаться на той поддержке, которую школа предоставляет моему ребенку в школьные часы и в ходе деятельности, осуществляющейся в рамках школьной деятельности.

Меня поставили в известность, что сведения, переданные врачом школе, могут быть использованы школой или разглашены ее персоналом для разработки или внедрения индивидуального плана медицинского обслуживания.

Я согласен(на), чтобы нижеуказанный медицинский работник снабдил Министерство образования/школу информацией об аллергии моего ребенка и риске анафилактической реакции, а также всех прочих заболеваниях, включая нарушение способности к обучению, которые могут сказаться на той поддержке, которую школа предоставляет моему ребенку в школьные часы и в ходе деятельности, связанной со школой.

### Данные врача (Doctor's information) :

Имя врача: \_\_\_\_\_  
Name of doctor

Адрес врача: \_\_\_\_\_  
Address of doctor

Номер телефона врача: \_\_\_\_\_  
Doctor's phone number

Номер мобильного телефона врача (если известен): \_\_\_\_\_  
Doctor's mobile

Адрес электронной почты врача (если известен): \_\_\_\_\_  
Doctor's email

Факс врача (если известен): \_\_\_\_\_  
Doctor's fax

Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

Имя родителя/опекуна (писать печатными буквами) \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer