

மருத்துவரைத் தொடர்பு கொள்வதற்கான அதிகாரமளிப்பு Authorisation to contact doctor

இந்தப் படிவத்தை பெற்றோர்/கவனித்துக் கொள்பவர் ஆங்கிலத்தில் நிரப்ப வேண்டும்

மாணவரின் பெயர் _____
Name of student

மாணவர் பதிவுசெய்து கொண்டுள்ள அல்லது பதிவு செய்து கொள்ள நாடுகிற பாடசாலையின் பெயர் _____
Name of school

என்னிடம் பின்வருமாறு சொல்லப்பட்டிருக்கிறது:

1. ஒவ்வொரு மாணவருக்கும் என்ற தனிப்பட்டதோர் சுகாதாரக் கவனிப்புத் திட்டத்தைத் தோற்றுவித்து, அதனை அமல்படுத்த முடிகிற வகையில், எனது குழந்தையின் மருத்துவ நிலைமை/நிலைமைகளின் மறைமுகத் தாக்கங்களை, அவர்களுக்கு சிகிச்சையளிக்கிற மருத்துவரோடு பாடசாலை விவாதிப்பது அவசியமாகலாம்.
2. பாடசாலை நாட்கூடிய தகவல்களில், எனது குழந்தைக்கு ஒத்துக்கொள்ளாதவை குறித்த தகவல்கள் மற்றும் கடுமையான ஒவ்வாமை (anaphylaxis) குறித்த ஆபத்து மற்றும் பாடசாலை நேரங்களின் போதும், பாடசாலையின் நல்லெண்ணத்தின் கீழ் நடத்தப்படுகிற செயல்பாடுகளின் போது, எனது குழந்தைக்குப் பாடசாலையினர் ஆதரவு வழங்குவதில் தாக்கத்தை ஏற்படுத்தக் கூடிய மற்ற நிலைமை எதுவும் அடங்குகிறது.

பாடசாலைக்கு மருத்துவர் வழங்குகிற தகவல்கள், ஒவ்வொரு மாணவருக்கும் என்று தனிப்பட்டதோர் சுகாதாரக் கவனிப்புத் திட்டத்தைத் தோற்றுவித்து அமல்படுத்துவதன் நோக்கங்களுக்காக பாடசாலை ஊழியர்களால் உபயோகித்துக் கொள்ளப்பட்டு, வெளிப்படுத்தப்படலாம் என்பதாக எனக்குச் சொல்லப்பட்டது.

கீழே இனங்காணப்பட்டுள்ள சுகாதாரக் கவனிப்பு நிபுணர், பாடசாலை நேரங்களின் போதும், பாடசாலை தொடர்பான செயல்பாடுகளின் போதும் எனது குழந்தைக்கு பாடசாலை ஆதரவு வழங்குவதில் தாக்கத்தை ஏற்படுத்தக் கூடிய, கற்றுக் கொள்வதில் உள்ளதோர் கோளாறு உள்ளிட்ட, எனது குழந்தைக்கு ஒத்துக்கொள்ளாதவை, கடுமையான ஒவ்வாமை (anaphylaxis) குறித்த ஆபத்து மற்றும் வேறு ஏதேனும் நிலைமை குறித்த தகவல்களை, கல்வி மற்றும் சமூகங்கள் துறைக்கு (Department of Education and Communities) / பாடசாலைக்கு வழங்குவதற்கு நான் ஒப்புதலளிக்கிறேன்.

மருத்துவரின் தகவல்கள் (Doctor's information) :

மருத்துவரின் பெயர்: _____
Name of doctor

மருத்துவரின் முகவரி: _____
Address of doctor

மருத்துவரின் தொலைபேசி எண்: _____
Doctor's phone number

மருத்துவரின் கைபேசி, தெரிந்தால்: _____
Doctor's mobile

மருத்துவரின் மின்னஞ்சல், தெரிந்தால்: _____
Doctor's email

மருத்துவரின் தொலைநகல், தெரிந்தால்: _____
Doctor's fax

பெற்றோர்/கவனித்துக் கொள்பவரின் கையொப்பம் _____
Signature of parent/carer

பெற்றோர்/கவனித்துக் கொள்பவரின் பெயர் (தயவுசெய்து அச்சிடுங்கள்) _____
Name of parent/carer