



تصريح لنشر المعلومات الطبية



يرجى إستكماله فقط إذا إستوفى طفلك واحداً مما يلي :

- يتلقى خدمات التعليم الخاص في المدرسة
- يتطلب أدوية يومية طارئة في المدرسة
- يتطلب إجراءات خاصة في المدرسة (مثل أنبوب التغذية، القسطرة، إلخ)
- يعاني من حالة صحية مزمنة، مثل الربو، وداء السكري، والنوبات، ورد الفعل التحسسي الشديد، إلخ.

تصريح للكشف عن المعلومات الطبية

أطلب بموجب هذا وأوافق على الكشف عن المعلومات المتعلقة بطفلي في منطقة مدارس ديترويت المجتمعية العامة، ومكتب خدمات معلومات الطلاب:

الطبيب/ المؤسسة الطبية: _____

رقم الهاتف: _____

إسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: / /

أفهم أن هذا التفويض طوعي وسينتهي عندما يغادر طفلي المنطقة أو أنهيا كتابياً.

إسم ولي الأمر/ الوصي: _____

التوقيع: _____

جهة العلاقة مع الطفل: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____

التاريخ: / /