



**المنطقة التعليمية لمدارس ديترويت المجتمعية العامة**  
**استمارة الموافقة الطبية لحالات الطوارئ أثناء رحلة الطالب الميدانية**

المدرسة: \_\_\_\_\_ الصف: \_\_\_\_\_

وصف الرحلة الميدانية / النشاط: \_\_\_\_\_

المكان المقصود: \_\_\_\_\_

تاريخ (تواريخ) مغادرة الرحلة الميدانية: \_\_\_\_\_ العودة: \_\_\_\_\_

**معلومات عامة:**

إسم الطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

اسم الأهل / الوصي: \_\_\_\_\_ هاتف المنزل (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

عنوان المنزل: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف الخليوي / الطوارئ: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**التاريخ الطبي:**

هل يعاني الطالب من مرض السكري أو الصرع أو الحساسية أو أي مشاكل صحية أخرى؟ \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_  
إذا أُجبت بنعم، الرجاء توضيح ذلك \_\_\_\_\_

هل يتناول الطالب حالياً أي دواء (بما في ذلك مضادات الهيستامين والأسبرين والمهدئات والأنسولين)؟ \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_  
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى توضيح ذلك \_\_\_\_\_

هل يخضع الطالب حالياً للعلاج الطبي؟ \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_  
إذا أُجبت بنعم، الرجاء توضيح ذلك \_\_\_\_\_

**إسم الطبيب:**

رقم هاتف مكتب الطبيب: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ رقم الطوارئ / الهاتف الخليوي للطبي: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

مقدم الرعاية الصحية: \_\_\_\_\_ رقم البوليصا (# Policy) \_\_\_\_\_ رقم المجموعة (# Group) \_\_\_\_\_

**موافقة الوالد أو الوصي القانوني:**

أنا (نحن) بموجب هذا أُمْنَحُ الإِذْنَ للطالب المذكور أعلاه أن يُعالج من قبل الطبيب أو الممرضة المجازة في المستشفى أو في مكان الحادث في حالة الطوارئ الطبية. أنا (نحن) ندرك أن المدير والموظفين ومرافقي الطالب و / أو العاملين في المجال الطبي سيعملون من أجل مصلحة طفلي (طفلتنا) ، وأنا (نحن) لن أحملهم المسؤولية عن أي قرارات يتخذونها. إنني أوقَع هذه الإتفاقية طواعية مع معرفتي الكاملة بأهميتها وبتوقيعي عليها أعتزم الموافقة للتنازل التام وغير المشروط والتخلي عن المسؤولية إلى الحد الذي يسمح به القانون.

إسم الوالد / الوصي (كتابة) \_\_\_\_\_

توقيع الوالد / الوصي \_\_\_\_\_

تاريخ اليوم \_\_\_\_\_