

موافقتنامه فعالیت پزشکی

(مبنای قانونی: ماده 66b قانون آموزش مدارس و ماده 50a قانون پزشکی 1998)

نام کودک: متولد:
مدرسه: کلاس:

بدین وسیله به نیروهای آموزشی زیر اجازه می‌دهم (لطفاً به صورت جداگانه نام ببرید و امضا کنید و در صورت ذکر چندین مورد لیستی از اسامی را با امضا پیوست کنید)

2) امضا:

3) در صورت وجود چند نام، به لیست پیوست مراجعه کنید

با پیروی از دستورالعمل‌های پزشکی تجویز شده، تا اطلاع ثانوی فعالیت‌های ذکر شده در زیر برای کودکم اجرا شود.

.....
امضای دانش آموزی که قادر به بینش و قضاوت است

.....
امضای سرپرست / سرپرستان قانونی

توسط پزشک تکمیل شود:

فعالیت‌های زیر باید در زمان‌های ذکر شده/در صورت لزوم انجام شود (در صورت لزوم حذف شود):

زمان	نوع فعالیت (به عنوان مثال اندازه‌گیری قند خون، تغذیه لوله ای و غیره)

اینجانب فعالیت‌های پزشکی لیست شده در بالا را بر اساس ماده 50a قانون پزشکی 1998 انتقال می‌دهم (به اعلامیه انتقال مراجعه کنید).

.....
نام و امضای پزشک

.....
محل، تاریخ