

## Marrëveshja për aktivitetin mjekësor

(Baza ligjore: § 66b i ligjit arsimor për shkollat dhe § 50a i ligjit për mjekët, 1998)

Emri i fëmijës: .....

lindur më .....

Shkolla: .....

Klasa: .....

Nëpërmjet këtij dokumenti autorizoj mësuesit e mëposhtëm (emërtojini dhe firmosni individualisht ose në rast të përgjigjeve të shumta bashkëlidhni një listë emrash me firma)

2).....Firma: .....

3) në rast të përgjigjeve të shumta, shihni listën e bashkëlidhur

që të kryejnë aktivitetet e përmendura më poshtë për fëmijën tim deri në një njoftim të dytë pas transferimit mjekësor të përshkruar.

.....

.

.....

Firma e nxënësit të aftë për të kuptuar dhe gjykuar

.....

.

.....

Firma e prindit ose e kujdestarit ligjor

### Për plotësim nga mjeku:

Aktivitetet e mëposhtme duhet të kryhen në oraret e përcaktuara/nëse është e nevojshme (fshini sipas rastit):

Lloji i aktivitetit (p.sh. matja e glukozës në gjak, ushqyerja me tub etj.)	Ora

Kam kërkuar kalimin e aktivitet të sipërpërmendur mjekësor në zbatim të

§ 50a të ligjit për mjekët, 1998 (shih deklaratën e transferimit).

.....

Vendi, data

.....

Emri dhe firma e mjekut