

التصريح الطبي للرحلة الميدانية في حالة الطوارئ

إنني أوافق على القيام بالإجراء الطبي التالي في حالة الطوارئ:

1. سييبدل المدرّس أو المدرّب أو ممثل المدرسة المعتمد قسارى جهده للقيام بعملية الاتصال بأولياء الأمور لشرح الظروف الطارئة وتلقّي التعليمات اللازمة للقيام بالرعاية المطلوبة للطالب.
2. إذ لم يتمكّن أحد أفراد الطاقم الدراسي من الإتصال بأحد أولياء الأمور، يمكنه أن يقوم بالعناية الطبية اللازمة إذا كان الأمر ضروريًا بناءً على نصيحة طبيب مؤهل.

توقيع أولياء الأمور (الموافقة على الإجراء أعلاه) parents signature _____

معلومات شركة التأمين

إسم الشركة _____

إسم المشترك _____

رقم بطاقة الإئتمان _____

الحالات الطبيّة الحاليّة

يُرجى إكمال الجزء التالي فقط إذا كان طالبكم يعاني من حالة طبية حالية

إسم الطالب _____

الحالة الطبيّة _____

(مثلاً: حساسية من لسعات الحشرات، السكري، الربو، إلخ ...)

طريقة العلاج (إن وجدت) _____

العلاج الطبي (إن وجد) _____

طريقة العلاج والكمية؟ _____

الحساسيّة خاصة لأي دواء معيّن _____

هل تمّ توفير أي دواء يجب أن ينتقل مع الطالب أثناء تواجده في الرحلة الميدانية؟ نعم _____ كلا _____

توصيات معيّنة للمدرّس أو الشخص المرافق _____