

વટ્ટિયાર્થીનું નામ \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ ઇવ્લા \_\_\_\_\_ FIRST \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Bus \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

ઘર ટેલફોન \_\_\_\_\_ કસ્ટડી માહતિ / વાઈવ્સ with \_\_\_\_\_

**ઉદ્દેશ્યની:** બાળકો બીમાર અથવા જ્યારે શાળા સત્તા હેઠળ જ્યારે માતાપિતા કે વાલીઓ પહોંચી શકાતું નથી ઘાયલ બની કટોકટી સારવાર જોગવાઈ અધિકૃત કરવા માબાપ અને વાલીઓ સફરિ કરો. અન્ય જ્યારે જરૂર પડે ત્યારે શાળામાંથી બાળક પસંદ કરવા માટે પરવાનગી આપે છે.

પૃથ્થમ કોલ

મધરસ નામ: \_\_\_\_\_ ડેટાઈમ ફોન: \_\_\_\_\_ સેલ pH . \_\_\_\_\_

સરનામું: \_\_\_\_\_ કામ: \_\_\_\_\_ પિતાનો નામ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ડેટાઈમ ફોન: \_\_\_\_\_ સેલ pH . \_\_\_\_\_

સરનામું: \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ અન્ય નામ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ડેટાઈમ ફોન: \_\_\_\_\_ સેલ pH . \_\_\_\_\_  અન્ય નામ: \_\_\_\_\_

ડેટાઈમ ફોન: \_\_\_\_\_ સેલ pH . \_\_\_\_\_  અન્ય નામ: \_\_\_\_\_ ડેટાઈમ ફોન: \_\_\_\_\_

સેલ pH . \_\_\_\_\_

જલિલામાં હાજરી બહેન (નામ & બલિડગિ) \_\_\_\_\_

### ભાગ I અથવા બીજા જ જોઈએ પૂરણ કરી

#### ભાગ I - સંમતિ આપો

આથી હું સંમતિ આપી નીચે દર્શાવેલી તબીબી સંભાળ પૂરી પાડનારાઓ અને સ્થાનકિ હોસ્પિટલ માટે કહેવામાં આવે છે:

ડોક્ટર: \_\_\_\_\_ ફોન: \_\_\_\_\_ દંત ચકિત્સક: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ફોન: \_\_\_\_\_ મેડિકલ સ્પેશિયાલિસ્ટ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ફોન: \_\_\_\_\_ સ્થાનકિ હોસ્પિટલ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ઈમરજન્સી રૂમ ફોન: \_\_\_\_\_ તમારા બાળકને હાલમાં પહેરવા અથવા ક્યારેય પહેરવામાં છે નથી: \_\_\_\_\_

યશ્મા \_\_\_\_\_ contacts \_\_\_\_\_ એડ્સ \_\_\_\_\_ hearing \_\_\_\_\_

ઘટના વાજબી પ્રયાસો સંપરક કરવા માટે મને નષિક્કળ રહ્યા છે, આથી હું મારા સંમતિ આપી (1) કોઈ સારવાર વહીવટ ઉપર નામના ડોક્ટર દ્વારા જરૂરી માનવામાં, અથવા ઘટનામાં નષિક્કળ પ્રક્રિયા વ્યવસાયી અન્ય વાઈસનુસ ફિઝિશિયન દ્વારા ઉપલબ્ધ ન હોય તો અથવા દંત ચકિત્સક: અને (2) કોઈપણ હોસ્પિટલ વ્યાજબી સુલભ માટે બાળક ટ્રાન્સફર.

આ અધિકૃતમોટી શસ્ત્રક્રિયા આવરેલી નથી સવિાય અન્ય બે પરવાનો દાકતરો અથવા ડેન્ટીસ્ટ, જેમ કે શસ્ત્રક્રિયા માટે જરૂરી માં concurring તબીબી મંતવ્યો, જેમ કે શસ્ત્રક્રિયા કામગીરી પહેલાં મેળવી રહ્યા છે.

**\*\*\* બાળકની તબીબી ઈતિહાસ વષિ તથ્યો એલર્જી, દવાઓ લેવાઈ છે, અને કોઈપણ શારીરકિ વકિલાંગતા જે એક ફિઝિશિયન પ્રયત્ન કરીશું સહતિના**

ચેતવણી: \_\_\_\_\_

(તલીખ)

(માતા-પિતા / વાલી હસ્તાક્ષર)

સરનામું: \_\_\_\_\_

## PART II - સંમત્તનકારવાનો

હું મારા સંમતિઆપતા નથી મારા બાળક કટોકટી તબીબી સારવાર છે. માંદગી અથવા ઈજા જરૂરી કટોકટી સારવાર ઘટનામાં હું ઈચ્છું શાળા સત્તાવાળાઓ નીચેની પગલાં લેવા:

(તબીબ)

(માતા-પતિ / વાલી હસ્તાક્ષર)

સરનામું: \_\_\_\_\_

આ બોક્સને ચેક જો તમે અમને તમારા બાળક સાથે સંકળાયેલા સૂટાક સાથે જોડાયેલા તબીબી માહિતી શેર કરવા નથી માંગતા.