



## السجلات الطبية نموذج الموافقة المسبقة

المدرسة: \_\_\_\_\_ الرمز التعريفي: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ رمز الشيفرة: HS HM HD HDS HU

أنا، \_\_\_\_\_ الولي / الوصي على \_\_\_\_\_  
أمنح بموجب هذا التصريح موافقتي على الكشف عن المعلومات الطبية إلى أي وجميع المرضين (المرضات) و / أو الممرضات البدلاء العاملون في  
مدارس لين العامة (Lynn Public Schools) و / أو مدينة لين (City of Lynn).

التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع موظفي مركز Welcome Center  
التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع الولي/الوصي

## السجلات الطبية نموذج معلومات الوالدين

يجب على موظفي مركز Welcome Center التحقق من حالة المناعة/التلقيح عند طفلك قبل قبوله في المدرسة. سيتم إرسال جميع السجلات الطبية  
الممنوحة لموظفي مركز Welcome Center إلى الممرضة في مدرسة طفلك.

بصفتك الولي / الوصي على الطالب ، فأنت المؤتمن على المعلومات المتعلقة بحالات طبية معينة. بصفتك الولي / الوصي ، يحق لك إزالة أي معلومات  
تعتبرها سرية من السجل الطبي التابع لطفلك - قبل إعطاء موظفي الإدارة في مدرسة لين هذه السجلات.

ومع ذلك ، تعتقد إدارة مدرسة لين العامة (Lynn Public School) أنه من أجل مصلحة الطفل الذي يعاني من حالة طبية ، يجب إبلاغ الموظفين المسؤولين  
داخل الإدارة عن حالة طفلك ، و ذلك بهدف العمل معاً لحماية صحة طفلك.

بصفتي ولي أمر / وصي ، فقد قرأت الإشعار أعلاه ، وأفهمت حقوقي والمعلومات المقدمة لي.

توقيع الولي/الوصي: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_