

إدارة مدارس فيلادلفيا

The School District of Philadelphia

خدمات الصحة المدرسية

School Health Services

CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION / الموافقة على الإفراج عن المعلومات

Please fill this form in English /الرجاء تعبئة هذه الاستمارة باللغة الانجليزية

TO WHOM IT MAY CONCERN: إلى من يهمه الأمر

I hereby authorize the school nurse to communicate as need with: /أني بهذا أفوض ممرضة المدرسة على التواصل كما يجب مع

وكالة/طبيب /Agency/Doctor _____

عنوان /Address _____

مدينة/ولاية/رمز بريدي /City, State, Zip _____

هاتف/Telephone _____ فاكس /Fax # _____

بالإضافة إلى _____ للتواصل مع ممرضة المدرسة
وكالة Agency المعلومات المطلوبة /Information Requested

الطالب/Student _____ تاريخ الميلاد /Date of Birth _____

العنوان /Address _____ رمز بريدي /Zip _____

اسم الوالد/الوصي /Name of Parent/Guardian _____

:الرجاء إرسال المعلومات المطلوبة بالفاكس أو بالبريد الإلكتروني (الإيميل)

ممرضة المدرسة /School Nurse _____ هاتف/Phone _____

المدرسة /School _____

العنوان /Address _____

مدينة/ولاية/رمز بريدي /City, State, Zip _____

هاتف/Telephone _____ فاكس /Fax # _____

أنا أفهم بأن المعلومات المزودة ستستخدم لتقييم الحالة الصحية لهذا الطالب على أساس شخصي وللمساعدة في تزويد برنامج لإدارة الصحة والتعليمية

أنا أفهم بأن هذا التفويض سيبقى ساري المفعول من تاريخ التوقيع وحتى نهاية السنة الدراسية الحالية إلا إذا أُلغيت قبل ذلك خطياً

Signature of Parent/Guardian/Student (if emancipated) /توقيع الوالد/الوصي/الطالب (إذا كان خارجاً عن سلطة الأهل أو بالغ السن القانونية)

Date Signed /تاريخ التوقيع

لمزيد من الوثائق والمعلومات المترجمة إلى العربية، إذهب إلى الموقع على الانترنت www.philasd.org/language/arabic