

费 城 教 育 局
The School District of Philadelphia

学校卫生保健服务处
School Health Services

提供情况许可 /*CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION*

请用英文填写此表/*Please fill this form in English*

有关人员 /*TO WHOM IT MAY CONCERN:*

我特此授权学校护士，在必要时与下列医生联系/*I hereby authorize the school nurse to communicate as need with:*

机构/医生 /*Agency/Doctor*_____

地址 /*Address*_____

市，州，邮政编号/*City, State, Zip*_____

电话号码/*Telephone*_____电传号码 /*Fax #*_____

并准许_____与学校护士联系索取下述学生的_____

机构名/ *Agency*

文件名/ *Information Requested*

学生姓名/*Student*_____出生年月 /*Date of Birth*_____

住址 /*Address*_____邮编 /*Zip*_____

家长/监护人姓名 /*Name of Parent/Guardian*_____

请将所需情况寄往或传真给:

学校护士姓名 /*School Nurse*_____电话 /*Phone*_____

学校名称 /*School*_____

校址 /*Address*_____

市，州，邮政编号 /*City, State, Zip*_____

电话/*Telephone*_____电传号 /*Fax #*_____

我知道所提供的情况将用于对此学生的健康情况作出个案分析，以便为学生的健康及教育的管理提供帮助。

我知道除非我以书面形式取消此授权表格，其有效期自即日起至本学年末止。

家长或监护人或已独立成人的学生/*Signature of Parent/Guardian/Student (if emancipated)*

签字日期 /*Date Signed*

如欲了解更多有关教育局的中文信息及文件的中文版本，请上网至: www.philasd.org/language/chinese 查询