

Marrëveshja për aktivitetin mjekësor

(Baza ligjore: § 66b i ligjit arsimor për shkollat dhe § 50a i ligjit për mjekët, 1998)

Emri i fëmijës:

lindur më

Shkolla:

Klasa:

Nëpërmjet këtij dokumenti autorizoj mësuesit e mëposhtëm (emërtojini dhe firmosni individualisht ose në rast të përgjigjeve të shumta bashkëlidhni një listë emrash me firma)

2).....Firma:

3) në rast të përgjigjeve të shumta, shihni listën e bashkëlidhur

që të kryejnë aktivitetet e përmendura më poshtë për fëmijën tim deri në një njoftim të dytë pas transferimit mjekësor të përshkruar.

.....
.

.....
Firma e nxënësit të aftë për të kuptuar dhe gjykuar

.....
.

.....
Firma e prindit ose e kujdestarit ligjor

Për plotësim nga mjeku:

Aktivitetet e mëposhtme duhet të kryhen në oraret e përcaktuara/nëse është e nevojshme (fshini sipas rastit):

Lloji i aktivitetit (p.sh. matja e glukozës në gjak, ushqyerja me tub etj.)	Ora

Kam kërkuar kalimin e aktivitet të sipërpërmendur mjekësor në zbatim të

§ 50a të ligjit për mjekët, 1998 (shih deklaratën e transferimit).

.....
Vendi, data

.....
Emri dhe firma e mjekut