



Shkolla e Mesme e Mjekësisë

Adresa: Magjistralja Prishtinë-Ferizaj • Tel: +383 44 100 491 • Email: shm@ubt-uni.net

FORMULARI PER EKSURZION DHE VIZITA STUDIMORE

Informata personale rreth nxënësit:

Emri dhe Mbiemri: _____

Data e lindjës: ____/____/____

Gjinia: M / F

Adresa e vendbanimit: _____, Qyteti: _____

Informata personale rreth personit përgjegjës të nxënësit:

Emri dhe mbiemri: _____

Numri kontaktues: +383 _____

E-mail: _____

Deklarata për pëlqimin dhe marrjen e përgjegjësisë së plotë nga prindi apo kujdestari ligjor për nxënësin e lartë përmendur në vizitën studimore të shkollës së Mesme të Mjekësisë .

Unë, _____, deklaroj dhe pohoj se:

Unë jam prind / kujdestar ligjor i nxënësit së përmendur më lart, i cili është nën kujdesin dhe përgjegjësinë time. Me anë të këtij dokumenti, unë pajtohem dhe jap autorizimin për pjesëmarrjen e fëmijës tim në ekskurzionin e organizuar nga Shkolla e Mesme e Mjekësisë dhe të gjitha aktivitetet e tjera që shoqërohen brenda këtij organizimi dhe që mbikëqyren nga mësuesi kujdestar i klasës.

Me anë të kësaj deklaroj dhe pohoj që fëmija im është fizikisht i aftë të marrë pjesë në aktivitetin e organizuar te Shkollës së Mesme të Mjekësisë dhe fëmija im nuk ka ndonjë sëmundje të njohur ose gjendje të pafavorshme mjekësore që do ta bënte atë të papërshtatshëm për të marrë pjesë në të.

Unë menjëherë do të këshilloj me shkrim mësuesin kujdestar, nëse zbuloj ndonjë sëmundje, gjendje të pafavorshme mjekësore ose ndonjë defekt tjetër fizik që do ta bënte fëmijën tim të paaftë për të marrë pjesë në aktivitetet edukativo-arsimor.

Autorizimi për trajtim mjekësor

Unë e kuptoj që në rast urgjencash mjekësore që përfshijnë fëmijën tim, unë do të njoftohem menjëherë. Në rast se ndonjë nga informacionet e mia të kontaktit të dhëna është i paarritshëm, unë autorizoj shkollën, përkatësisht, kujdestarin e klasës që të telefonoj çdo mjek për të siguruar kujdesin e nevojshëm mjekësor për fëmijën tim.

Unë e kuptoj që shkolla nuk do të jetë përgjegjës dhe nuk do të rimburoj asnjë shpenzim mjekësor të bërë prej saj gjatë këtij autorizimi.

Formulari i pëlqimit për foto / video të fëmijës

Ne do të ishim mirënjohës nëse do të plotësonit këtë formular për të na dhënë leje për të marrë fotografi të fëmijës tuaj dhe t'i përdorni ato në reklamën tonë të shtypur dhe në internet.

Unë, _____, jap leje për të marrë fotografi dhe / ose video të fëmijës tim. Unë jap të drejta të plota për të përdorur imazhet që rezultojnë nga fotografimi / filmimi i videos, dhe çdo riprodhim ose adaptim i imazheve për mbledhjen e fondeve, publicitetin ose qëllime të tjera për të ndihmuar arritjen e qëllimeve të grupit. Kjo mund të përfshijë (por nuk kufizohet në), të drejtën për t'i përdorur ato në reklamat e tyre të shtypura dhe në internet, mediat sociale, njoftimet për shtyp dhe aplikacionet e financimit.

Nënshkrimi i prindit apo kujdestarit ligjor:

Nënshkrimi i kujdestarit të shkollës:

Data:

Data:
