

ПРАВЛЕНИЕ ШКОЛ ОБЛАСТИ САРАСОТЫ, ФЛОРИДА  
И ОТДЕЛ ЗДОРОВЬЯ ОБЛАСТИ САРАСОТЫ, ФЛОРИДА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ШКОЛЫ  
**ПИСЬМЕННОЕ ПОКАЗАНИЕ – МЕДИЦИНСКИЙ ДОКУМЕНТ ВЫПУСКА**  
(AFFIDAVIT – MEDICAL RELEASE FORM-RUSSIAN)

**Руководство:** Заполните данный документ, подпишите его у нотариуса, и верните его в школьный медпункт. Заметьте, что данное соглашение действительно, не более, чем в течении этого школьного года.

Я, ниже подписавшийся, \_\_\_\_\_, зарегистрировал моего ребенка,  
(Имя Родителей)

\_\_\_\_\_, в \_\_\_\_\_  
(Имя Ребенка) (Название Школы) (Класс)

Моему ребенку необходимо пройти медицинскую процедуру во время школьных часов. Данной процедурой является:

Запрос доктора на прохождение данной процедуры находится в школьном деле ребенка.

1. **Я специально прошу что бы эту процедуру (ры) провел обученный член персонала.** Я понимаю, что данные индивидуумы прошли практику у лицензионного медицинского персонала, для того, что бы научиться как правельно проводить данную процедуру и с успехом получили зачет о практике в согласии с законом установленным Центром Образования Области Сарасоты, Флориды и Отделом Здоровья Флориды в Области Сарасоты по требованию \_\_\_\_\_ (Имя Доктора). Я передаю все претензии, требования, убытки, действия, причины действий или судебные иски о вне закона или вне справедливости, какая бы ни была причина иска, против Центра Образования Области Сарасоты, Флориды, а так же, Отдел Здоровья Флориды Области Сарасоты и их работники, включая любую халатность работников, которая связана или каким либо образом влияющая на провождение Медицинской Процедуры.

2. **Я, так же, понимаю что если необходимо использование особого оборудование для провождения данной процедуры,** я должен буду привезти его в школу; в рабочем состоянии и на каждодневной основе, персонал школы и Отдела Здоровья Флориды в Области Сарасоты не несут ответственность за хронение или доставку особого оборудования необходимого для провождения данной процедуры.

**Оборудование Обеспечено Родителями:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись Родителей \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

ШТАТ ФЛОРИДЫ, \_\_\_\_\_ ОБЛАСТЬ

Поклялись и подписали в моем присутствии \_\_\_\_\_ день \_\_\_\_\_ месяц, 20\_\_\_\_, имя  
подписавшегося \_\_\_\_\_.

Лично Известен \_\_\_\_\_

Предоставление Личности \_\_\_\_\_ Вид Представленного документа \_\_\_\_\_

(Печать)

\_\_\_\_\_  
Печатное Имя Государственного Натариуса

\_\_\_\_\_  
Подпись Государственного Натариуса

Мои Полномочия Истекают \_\_\_\_\_ Номер Полномочий No. \_\_\_\_\_

**ПИСЬМЕННОЕ ПОКАЗАНИЕ – МЕДИЦИНСКИЙ ДОКУМЕНТ ВЫПУСКА**  
**(AFFIDAVIT – MEDICAL RELEASE FORM-RUSSIAN)**

**Руководство:**

ДАННЫМ документом является письменное показание под присягой. Данный документ должен быть подписанным родителями/опекунами до того, как проводить особую процедуру с ребенком в школе.

До того, как письменное показание подписанно родителями/опекунами, перечень умений, необходимых для проведения процедуры ребенка, должен быть заполнен, подписан с поставленной датой, работником Центра Образования Области Сарасоты, который прошел соответствующую практику, а так же, подписи между обучаемым персоналом (школьный состав) и наставником (лицензионным профессионалом области здоровья).

Удостоверьтесь, что все пункты полностью заполнены.

1. Полное Имя Родителей/опекунов
2. Полное имя ребенка
3. Имя школы
4. "Процедурой является": Заполните с правильным названием медицинской процедуры
5. "В согласии с требованием": Полное имя доктора
6. Название оборудования обеспеченного родителями/опекунами
7. "Дата": Заполните день, месяц и год
8. Подпись родителей/опекунов, адрес, и номер телефона
9. Родители ответственны за подпись и свидетельство Государственного Нотариуса, а так же, печати на данном документе
10. Письменное показание под присягой должно быть заполнено в начале каждого года или когда требуется новая медицинская процедура.