

ΓΡΑΦΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΧΟΛΩΝ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΠΑΡΟΙΚΙΑΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΟΝΕΑ ΓΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ/ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΟΝΟΜΑ ΜΑΘΗΤΗ _____ ΤΑΞΗ _____
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

Είναι αυτονόητο από το σχολείο και τους γονείς, ότι σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης που απαιτείται άμεση ιατρική / νοσοκομειακή περίθαλψη, το Γραφείο Υγείας των Σχολών θα κάνει κάθε προσπάθεια να επικοινωνήσει τηλεφωνικά με το γονέα / κηδεμόνα όσο το δυνατό συντομότερα.

Αν όμως το σχολείο δεν μπορέσει να επικοινωνήσει μαζί του, τότε **ΣΥΜΦΩΝΩ ΚΑΙ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΩ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΝΑ ΜΕΤΑΦΕΡΕΙ** το παιδί μου με το ταχύτερο δυνατό μέσο που έχει στη διάθεση του σε ένα από τα παρακάτω νοσοκομεία / κλινικές που βρίσκονται κοντά στο σχολείο, ανάλογα με το είδος του περιστατικού, για κατάλληλη φροντίδα και θεραπεία συμπεριλαμβανομένης και της χορήγησης αναισθητικού, σύμφωνα με την κρίση του ιατρικού προσωπικού του ιδρύματος.

- 👉 **ΚΑΤ** (Νοσοκομείο Ατυχημάτων) στην Κηφισιά
- 👉 **ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ** στο Μαρούσι
- 👉 **Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ/ΜΗΤΕΡΑ** στο Χαλάνδρι

Σε περίπτωση που οι γονείς επιθυμούν ο μαθητής να νοσηλευθεί σε άλλο ίδρυμα εκτός των ανωτέρω να δηλώσουν την προτίμησή τους.

Νοσοκομείο / Κλινική _____
Ακριβής Διεύθυνση _____
Τηλέφωνο _____

Αναλαμβάνω την υποχρέωση να πληρώσω όλα τα έξοδα που θα προκύψουν. Μετά θα υποβάλω τις εξοφλημένες αποδείξεις στο Γραφείο Υγείας των Σχολών για να εισπράξω το έξοδα που το σύνολο τους δεν θα ξεπερνά το των 3.000,00 €κατά σχολικό έτος.

Υπογραφή γονέα /κηδεμόνα _____
Τηλέφωνο γονέα /κηδεμόνα _____

Σε περίπτωση μη επικοινωνίας με το γονέα, τηλεφωνήστε στο _____

Αυτό το έντυπο συμπληρωμένο θα παραμείνει στο Γραφείο Υγείας σε όλο το διάστημα που ο / οι μαθητής/ ες φοιτούν στο ACS. Οι γονείς θα είναι υπεύθυνοι να ενημερώνουν το Γραφείο Υγείας για τυχόν αλλαγές

ACS HEALTH OFFICE

PARENTAL CONSENT / AUTHORIZATION FOR MEDICAL/HOSPITAL CARE OF:

Student's Name

Grade

Date

It is the mutual understanding between ACS and the parents that: in the event of an emergency requiring immediate medical/hospital attention, every effort will be made by the ACS Health Office to contact the parent/guardian by telephone as soon as possible.

However, if the school is unable to communicate with me, I HEREBY CONSENT AND AUTHORIZE THE SCHOOL:

To TRANSPORT my child by the most expeditious means available to one of the below listed hospitals/clinics which are close to the school, depending on the type of emergency, for appropriate care and treatment, including the administration of anesthetic, as prescribed by the medical authorities of the institution to which my child was transported by the school (any one of three listed institutions of preferred choice indicated below).

- 👉 **KAT** State Accident Hospital in Kifissia
- 👉 **ATHENS MEDICAL CENTER** in Maroussi
- 👉 **HYGEIA/MITERA** Hospital in Halandri

Parents' OWN CHOICE of hospital/clinic other than the three listed above:

Hospital/Clinic _____

Hospital/Clinic Accurate Address _____

Hospital/Clinic Telephone Number _____

I understand that I will assume all expenses incurred. Thereafter, I will submit the paid perforated receipts for reimbursement to the Health Office. The total amount of reimbursement cannot exceed 3,000.00 €

Signature of authorizing parent/guardian _____

Parent's /guardian's telephone no. _____

Person to call in emergency. _____ Telephone No _____

This is to be kept on file at the Health Office throughout the student's attendance at ACS.
Parents will be responsible of informing the Health Office of any changes.