



## 年满 18 岁学生的减少长期缺勤关怀项目同意书

在学校，健康对于成功很重要。我的学校通过减少长期缺勤关怀项目（CARE）与当地医生和护士合作，以帮助学生在学校保持健康和成功。请填写以下表格以表示同意参加。

我是\_\_\_\_\_。

（学生姓名和出生日期）

通过以下签名，我同意参加减少长期缺勤关怀项目（CARE），我同意我的学校或华府公立学校的其他人与我的医生、护士和医务室工作人员分享和讨论我的出勤记录。这将允许华府公立学校与这些医疗保健专业人员合作，以保持我在学校的健康和成功。

我承认并理解：我有机会审查要共享的记录以及质疑此类记录内容的权利，并且我声明我至少年满 18 岁。

此授权在我就读华府公立学校期间持续有效，除非我以书面形式撤回同意。我可以随时撤回我的同意。注意：如果华府公立学校希望与我的医疗团队分享或讨论我的学业记录的其他部分，需要我提供个别的同意。

\_\_\_\_\_  
（日期）

\_\_\_\_\_  
（学生签名）

\_\_\_\_\_  
（学生当前地址）

\_\_\_\_\_  
（学生联系电话）

### 拒绝参加

通过以下签名，我拒绝参加减少长期缺勤关怀项目（CARE），并且我拒绝与我的医生、护士和医务室工作人员分享我的出勤记录。

\_\_\_\_\_  
（日期）

\_\_\_\_\_  
（学生签名）

\_\_\_\_\_  
（学生当前地址）

\_\_\_\_\_  
（学生联系电话）