



STUDENT EMERGENCY FORM

For Office Use Only

Student ID # _____

Учебный год _____

УЧЕНИКИ, **ВЕРНУВШИЕСЯ** В SCUSD

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ					
Легальная фамилия ученика	Легальное имя ученика	Легальное второе имя ученика	Пол	Класс	Дата рождения
			<input type="checkbox"/> муж. <input type="checkbox"/> женск.		
Предпочитаемое имя:	Предпочитаемый пол:	Предыдущая школа ученика:			
ТРАНСПОРТ И СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ					
Отметьте квадрат ниже, если ваш ребёнок пользуется автобусом. <input type="checkbox"/> в школу <input type="checkbox"/> из школы # автобуса _____			Имя и фамилия воспитателя ученика: _____ Телефон #1: _____ Телефон #2: _____		
ОБРАЗОВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ: отметьте квадрат, соответствующий более высокому уровню полученного образования одного из родителей/опекунов.					
<input type="checkbox"/> не окончил высшую школу		<input type="checkbox"/> окончил высшую школу		<input type="checkbox"/> не окончил колледж (включая получение AA degrees)	
<input type="checkbox"/> окончил колледж		<input type="checkbox"/> высшее образование и выше			
СЕМЬЯ: основной адрес, где проживает ученик.					
Основной адрес проживания ученика:					
Родитель/опекун	Полное легальное имя и фамилия:			Дата рождения:	Email:
Домашний телефон:	Cell Phone:		Рабочий телефон:		
Другие взрослые в семье	Легальная фамилия и имя :			Дата рождения:	Email:
	Cell Phone:		Рабочий телефон:		
ВТОРИЧНЫЙ АДРЕС: *заполните раздел - адрес ТОЛЬКО, если родители не живут по указанному выше адресу.					
Вторичный адрес:					
Родитель/опекун	Полная легальная фамилия и имя:			Дата рождения:	Email:
Домашний телефон :	Cell Phone:		Рабочий телефон :		
Другие взрослые в семье	Легальная фамилия и имя :			Дата рождения:	Email:
	Cell Phone:		Рабочий телефон :		
СООБЩЕНИЕ ПО АВТООТВЕТЧИКУ, КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: отметьте для получения сообщения по автоответчику.					
	Посещаемость	Поведение	Общая информация	Учитель	Priority
Основной Email опекуна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Основной домашний телефон опекуна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Основной Cell Phone опекуна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Основной рабочий телефон опекуна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вторичный Email опекуна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вторичный домашний телефон опекуна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вторичный Cell Phone опекуна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вторичный рабочий телефон опекуна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ДРУГИЕ СРОЧНЫЕ КОНТАКТЫ СЕМЬИ: ниже указанным лицам письменно или устно разрешено забирать ребёнка и заботиться о нём.					
Имя и фамилия:	Дата рождения:	Кем приходится ученику:	Основной номер телефона:		
Имя и фамилия :	Дата рождения:	Кем приходится ученику:	Основной номер телефона:		
Имя и фамилия :	Дата рождения:	Кем приходится ученику:	Основной номер телефона:		
ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧИТАТЕ: в соответствии с кодом об Образовании Калифорнии 49408, школьный округ может потребовать предоставления экстренной текущей информации. Родители/опекуны обязаны письменно уведомить сотрудников школы в случае изменения адреса или телефона в течение трёх (3) дней. Если сотрудники школы в экстренном случае не смогут дозвониться до лиц, указанных в данном документе, или если ученик отсутствовал в школе в течение внешкольных часов, сотрудники школы обратятся в правоохранительные органы или в Child Protective Services – Охрана прав детей.					
Инициалы родителя/опекуна: _____					

ИНФОРМАЦИЯ О ЗДОРОВЬЕ И ЭКСТРЕННАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- отметьте этот квадрат, если ученик НЕ ИМЕЕТ ИЗВЕСТНЫХ ВАМ ПРОБЛЕМ СО ЗДОРОВЬЕМ.
- отметьте этот квадрат, если у ученика ЕСТЬ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ, а также отметьте все необходимые квадраты.
- ADD/ADHD – дефицит внимания проблемы с сердцем судороги
- Астма диабет ___ Тип I ___ Тип II
- СИЛЬНАЯ АЛЛЕРГИЯ на: _____ другое: _____
- Epi-Pen –инъекции эпинефрина

- отметьте здесь, если ученик носит очки/контактные линзы. отметьте здесь, если у ученика плохой слух, и он пользуется слуховым аппаратом.

Состояние здоровья ученика, требующее лимитированного участия в: классе физкультуре

Объясните :

Перечислите все лекарства (включая дозу), которые принимает ваш ребёнок и укажите, где он должен его принимать: дома, в школе, или и дома, и в школе. Заметка: Код об Образовании штата Калифорния 49423 требует: если лекарства необходимо принимать в школе, в деле ученика должна быть медицинская форма, подписанная врачом и родителями ребёнка. Родители или опекуны должны проинформировать школьную медсестру или назначенного дипломированного сотрудника о приёме лекарства.

ДОМА _____

В ШКОЛЕ _____

КАКУЮ СПЕЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ ПОЛУЧАЕТ ВАШ РЕБЁНОК?

(отметьте все необходимые квадраты)

- Ресурсы -Resource (RSP) 504 речь и язык программа -Gifted (GATE)
- Special Day Class (SDC) IEP Помощь EL НИКАКУЮ

Особые инструкции/комментарии (медицинский план - Medical 504 Plan, особые медицинские нужды, план экстренной помощи, и т.д.):

ПОЛНОМОЧИЯ В ЭКСТРЕННОМ СЛУЧАЕ

В экстренном случае, когда невозможно проконтактировать с родителями/опекунами, я разрешаю школьным сотрудникам организовать и предоставить моему ребёнку медицинскую помощь/госпитализацию, включая необходимую транспортировку в соответствии с их лучшими намерениями и решениями. Ниже я указываю имя врача, который лечит моего ребёнка, чтобы он/она предприняли необходимые меры. Если доктор моего ребёнка не может помочь ему в срочной ситуации, я разрешаю предоставить необходимую помощь и лечение дипломированному врачу или хирургу. Я понимаю, что родитель или опекун несёт ответственность за стоимость оказанной экстренной помощи.

Имя врача _____ телефон _____ Pager _____

Скорая помощь и номер телефона _____

Имеет ли ученик медицинскую страховку? да нет Имеет ли ученик страховку у зубного врача? да нет

Название страховки или агентства - Health Plan Provider: _____ номер медицинского рекорда ученика: _____

Если нет, я даю право SCUSD на распространение данной информации для подачи заявления на медицинскую страховку для моего ребёнка. да нет

Указанная мной информация - достоверна, и я понимаю мою ответственность за её предоставление.

Легальное имя и фамилия/подпись родителя/опекуна,
регистрирующего ученика

Кем приходится ученику

Дата