

የፊላዴልፊያ ዲስትሪክት ትምህርት ቤት / School District of Philadelphia

የድንገተኛ አደጋ ተጠሪ ቅጽ / Emergency Contact Form

የፊላዴልፊያ ዲስትሪክት ትምህርት ቤት / School District of Philadelphia		<i>ጾታ / Sex</i>	<i>ክፍል / Grad</i>	<i>ሩ/ሴ/ቤ / Rm/Sec/Bk</i>
የድንገተኛ አደጋ ተጠሪ ቅጽ / Emergency Contact Form				
<i>የተማሪ መታወቂያ ቁ. / Student ID</i>	<i>የተማሪ መጠ- ስም (የአያት፣ መጠሪያ ስም) / Student's Name (Last Name, First Name)</i>	<i>የትውልድ ቀን / DOB</i>	<i>የት/ቤት ቁ. / School No.</i>	
		<small>ወር / Mo. ቀን / Day ዓመ. / Yr.</small>		
<i>አድራሻ / Address</i>		<i>አፓርታማ ቁጥር / Apt. No)</i>		<i>የቤት ስልክ / Home phone</i>
<i>የልጁን SSN ያስገቡ (ግድ ያልሆነ) / Enter child's SSN (optional)</i>		<i>ልጁ የጤና እ.ንሹራንስ አለው? / Does this child have health insurance?</i> አዎ / Y _____ አይ / N _____		
<i>የልጁ ዶክተር ስም/ክሊኒክ / Name of child's doctor/clinic</i>	<i>ስልክ ቁጥር / Telephone No.</i>	<i>መልሱ እዎ ከሆነ፣ ከዚህ ስር ተገቢውን እ.ንሹራንስ ድርጅት ምልክት ያድርጉበት / If yes, check the appropriate health insurance provider below</i> <input type="checkbox"/> Atena/US Health Car <input type="checkbox"/> Health Partners <input type="checkbox"/> Keystone Mercy <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> AmeriChoice <input type="checkbox"/> Keystone Health Plan East <input type="checkbox"/> <i>ሌላ/Other</i>		
<i>የልጁ የፕሮስ ሐኪም ስም/ክሊኒክ / Name of child's dentist/clinic</i>	<i>ስልክ ቁጥር / Telephone No.</i>			
<i>አንደኛ የድንገተኛ አደጋ ተጠሪ ስም (መጠ- ስም) ወላጅ/አሳዳጊ / First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian</i>	<i>ክልጁ ጋር ዝምድና / Relationship to child</i>	<i>የቀን መገኛ ስልክ ቁጥር / Daytime phone</i>	<i>ምባይል ስልክ ቁጥር / Cell phone</i>	<i>ኢ.ሜይል አድራሻ / Email Address</i>
<i>ሁለተኛ የድንገተኛ አደጋ ተጠሪ ስም (መጠ- ስም) / Second Emergency Contact (full name)</i>	<i>ክልጁ ጋር ዝምድና / Relationship to child</i>	<i>የቀን መገኛ ስልክ ቁጥር / Daytime phone</i>	<i>ምባይል ስልክ ቁጥር / Cell phone</i>	<i>ኢ.ሜይል አድራሻ / Email Address</i>
<i>ሶስተኛ የድንገተኛ አደጋ ተጠሪ ስም (መጠ- ስም) / Third Emergency Contact (full name)</i>	<i>ክልጁ ጋር ዝምድና / Relationship to child</i>	<i>የቀን መገኛ ስልክ ቁጥር / Daytime phone</i>	<i>ምባይል ስልክ ቁጥር / Cell phone</i>	<i>ኢ.ሜይል አድራሻ / Email Address</i>

እባክዎ ልብ ብለው ያንብቡት / Please note

የሚከተሉት ጥያቄዎች መልስ “አዎ” ከሆነ፣ እባክዎ ይህንን ቅጽ ወደ ልጅዎ ዶክተር በመውሰድ ዝረዝር መረጃ በኢንግሊዘኛ እንዲሰጥ ይጠይቁት።
/ If the answer to any of the following questions is “Yes”, please take this form to your child’s doctor and ask him/her to provide detailed information in English.

1. ልጅዎ ትምህርትቤቱ ሊያውቀው የሚገባው የሆነ የጤና ችግር አለው/አላት? / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?

_____ አዎ/Yes _____ የለም/No

መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ የልጅዎን ዶክተር መረጃ በኢንግሊዘኛ እንዲሰጥ ይጠይቁት / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

2. ልጅዎ የሚወስደው መድሃኒት አለው/አላት? / Does your daughter/son take any medication?

_____ አዎ/Yes _____ የለም/No

መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ የልጅዎን ዶክተር መረጃ በኢንግሊዘኛ እንዲሰጥ ይጠይቁት / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

3. ልጅዎ ትምህርትቤት ውስጥ የሚወስድ መድሃኒት አለው/አላት? / Does your daughter/son need to take medication at school? _____ አዎ/Yes _____ የለም/No

መልስዎ አዎ ከሆነ፣ እባክዎ የልጅዎን ዶክተር መረጃ በኢንግሊዘኛ እንዲሰጥ ይጠይቁት / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ / Parent/Guardian Signature

ቀን / Date