

# Sekolah Negeri Philadelphia /School District of Philadelphia

## Formulir Kontak Darurat /Emergency Contact Form

<b>Jenis Kelamin /Sex</b>		<b>Kelas)/Grad)</b>	<b>Ruang/Bagian/Buku /Rm/Sec/Bk</b>		
<b>ID Siswa/Student ID</b>	<b>Nama Siswa (Nama Belakang, Nama Depan) /Student's Name (Last Name, First Name)</b>		<b>TTL / DOB</b>		
			Bln/ Mo.	Hr/Day	
			Thn./Yr.	<b>No. Sekolah/School No.</b>	
<b>Alamat /Address</b>			<b>No. Apt/Apt. No)</b>		
			<b>Telp. rumah /Home phone</b>		
<b>Masukkan NJS anak (opsional) /Enter child's SSN (optional)</b>			<b>Apakah anak ini memiliki asuransi kesehatan?/Does this child have health insurance?</b>		
			Y /Y_____ T /N_____		
<b>Nama dokter/klinik anak /Name of child's doctor/clinic</b>		<b>No. Telepon /Telephone No.</b>			
		<b>Jika ya, centang penyedia asuransi kesehatan yang sesuai di bawah /If yes, check the appropriate health insurance provider below</b>			
<b>Nama dokter gigi/klinik anak /Name of child's dentist/clinic</b>		<b>No. Telepon /Telephone No.</b>			
		<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"/> Lainnya/Other			
<b>Kontak Darurat Pertama (nama lengkap)-Orang Tua/Wali /First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian</b>		<b>Hubungan dengan anak/Relationship to child</b>	<b>Telp. siang hari /Daytime phone</b>	<b>Ponsel /Cell phone</b>	<b>Alamat Email /Email Address</b>
<b>Kontak Darurat Kedua (nama lengkap) /Second Emergency Contact (full name)</b>		<b>Hubungan dengan anak/Relationship to child</b>	<b>Telp. siang hari /Daytime phone</b>	<b>Ponsel /Cell phone</b>	<b>Alamat Email /Email Address</b>
<b>Kontak Darurat Ketiga (nama lengkap) /Third Emergency Contact (full name)</b>		<b>Hubungan dengan anak/Relationship to child</b>	<b>Telp. siang hari /Daytime phone</b>	<b>Ponsel /Cell phone</b>	<b>Alamat Email /Email Address</b>

## Harap diperhatikan / Please note

Jika jawaban untuk pertanyaan-pertanyaan berikut adalah “Ya”, silakan membawa formulir ini kepada dokter anak Anda dan meminta dokter untuk memberikan informasi terperinci dalam Bahasa Inggris. / 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. Apakah anak perempuan/anak lelaki Anda memiliki kebutuhan atau masalah kesehatan yang harus diketahui oleh sekolah? / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?**

\_\_\_\_\_ Ya/Yes \_\_\_\_\_ Tidak/No

Jika YA, silakan meminta dokter anak Anda untuk memberikan keterangan dalam Bahasa Inggris / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

- 
- 2. Apakah anak perempuan/anak lelaki Anda mengonsumsi obat? / Does your daughter/son take any medication?**

\_\_\_\_\_ Ya/Yes \_\_\_\_\_ Tidak/No

Jika YA, silakan meminta dokter anak Anda untuk memberikan keterangan dalam Bahasa Inggris / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

- 
- 3. Apakah anak perempuan/anak lelaki Anda perlu mengonsumsi obat *di sekolah*? / Does your daughter/son need to take medication *at school*?** \_\_\_\_\_ Ya/Yes \_\_\_\_\_ Tidak/No

Jika YA, silakan meminta dokter anak Anda untuk memberikan keterangan dalam Bahasa Inggris / If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English

---

Tanda Tangan Orang Tua/Wali / Parent/Guardian Signature

---

Tanggal / Date