

Districtul școlar Philadelphia /School District of Philadelphia

Formular de contact pentru situații de urgență /Emergency Contact Form

		Sex /Sex	Clasă/Grad)	Cameră/Secțiune /Registru /Rm/Sec/Bk
Nr. de identificare al elevului /Student ID	Numele elevului (nume, prenume) /Student's Name (Last Name, First Name)		Data nașterii / DOB Lună/ Mo. Zi/Day An./Yr.	Școala nr./School No.
Adresă /Address		Apartament nr./Apt. No)		Telefon domiciliu /Home phone
Introduceți numărul de asigurare socială al copilului (opțional) /Enter child's SSN (optional)		Acest copil are asigurare de sănătate?/Does this child have health insurance? Da /Y_____ Nu /N_____		
Numele medicului/clinicii copilului /Name of child's doctor/clinic	Nr. telefon /Telephone No.		Dacă da, bifați mai jos furnizorul relevant de asigurări de sănătate /If yes, check the appropriate health insurance provider below <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"/> Alții/Other	
Numele stomatologului/clinicii copilului /Name of child's dentist/clinic	Nr. telefon /Telephone No.			
Prima persoană de contact pentru situații de urgență (numele complet) - Părinte/tutore /First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian	Gradul de rudenie/relația cu copilul /Relationship to child	Telefon pe timpul zilei /Daytime phone	Telefon mobil /Cell phone	Adresă de e-mail /Email Address
A doua persoană de contact pentru situații de urgență (numele complet) /Second Emergency Contact (full name)	Gradul de rudenie/relația cu copilul /Relationship to child	Telefon pe timpul zilei /Daytime phone	Telefon mobil /Cell phone	Adresă de e-mail /Email Address
A treia persoană de contact pentru situații de urgență (numele complet) /Third Emergency Contact (full name)	Gradul de rudenie/relația cu copilul /Relationship to child	Telefon pe timpul zilei /Daytime phone	Telefon mobil /Cell phone	Adresă de e-mail /Email Address

Vă rugăm să rețineți / Please note

În cazul în care răspunsul la oricare din întrebările de mai jos este „Da”, vă rugăm să prezentați acest formular medicului copilului dumneavoastră și să îi cereți acestuia să furnizeze informații detaliate în limba română. / 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. Fiica/fiul dumneavoastră are necesități medicale sau probleme de sănătate cu care școala ar trebui să fie la curent? / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?**

_____Da/Yes _____Nu/No

Dacă **DA**, vă rugăm să îi cereți medicului copilului dumneavoastră să furnizeze informații în limba română / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

-
- 2. Fiica/fiul dumneavoastră ia medicamente? / Does your daughter/son take any medication?**

_____Da/Yes _____Nu/No

Dacă **DA**, vă rugăm să îi cereți medicului copilului dumneavoastră să furnizeze informații în limba română / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

-
- 3. Fiica/fiul dumneavoastră trebuie să ia medicamente când este la școală? / Does your daughter/son need to take medication at school? _____Da/Yes _____Nu/No**

Dacă **DA**, vă rugăm să îi cereți medicului copilului dumneavoastră să furnizeze informații în limba română / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

Semnătura Părintelui/Tutorelui / Parent/Guardian Signature

Data/Date