

Philadelphia Okul Bölgesi /School District of Philadelphia

Acil Durum İletişim Formu /Emergency Contact Form

		Cinsiyet /Sex	Sınıf/Grad)	Oda/Kısım/Kitap /Rm/Sec/Bk
Öğrenci ID /Student ID	Öğrencinin Adı (Soyadı, Adı) /Student's Name (Last Name, First Name)		Doğum Tarihi / DOB	Okul No./School No.
		Ay/ Mo.	Gün/Day	Yıl/Yr.
Adres /Address			Daire No/Apt. No)	Ev telefonu /Home phone
Çocuğun Sosyal Güvenlik Numarası (tercihe bağlı) /Enter child's SSN (optional)			Bu çocuğun sağlık sigortası var mıdır?/Does this child have health insurance? Var /Y_____ Yok /N_____	
Çocuğun doktorunun/kliniğinin adı /Name of child's doctor/clinic		Telefon Numarası /Telephone No.	Varsa, ilgili sağlık sigortası şirketini aşağıda işaretleyiniz /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"/> Diğer/Other	
Çocuğun diş hekiminin/kliniğinin adı /Name of child's dentist/clinic		Telefon Numarası /Telephone No.		
Acil Durumda İlk Bağlantı Kurulacak Ebeveyn/Veli (tam adı) /First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian	Çocuğa yakınlık derecesi /Relationship to child	Gündüz telefonu /Daytime phone	Cep telefonu /Cell phone	E-posta Adresi /Email Address
Acil Durumda Bağlantı Kurulacak İkinci Kişi (tam adı) /Second Emergency Contact (full name)	Çocuğa yakınlık derecesi /Relationship to child	Gündüz telefonu /Daytime phone	Cep telefonu /Cell phone	E-posta Adresi /Email Address
Acil Durumda Bağlantı Kurulacak İkinci Kişi (tam adı) /Third Emergency Contact (full name)	Çocuğa yakınlık derecesi /Relationship to child	Gündüz telefonu /Daytime phone	Cep telefonu /Cell phone	E-posta Adresi /Email Address

Lütfen dikkat ediniz / Please note

Aşağıdaki sorulardan herhangi birine verilen cevap “Evet” ise lütfen bu formu çocuğunuzun doktoruna veriniz ve kendisinden İngilizce olarak ayrıntılı bilgi vermesini isteyiniz. / 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. **Kızınızın/oğlunuzun, okulun bilmesi gereken herhangi bir sağlık ihtiyacı veya sorunu var mı? / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?**

_____Evet/Yes _____Hayır/No

EVET ise lütfen çocuğunuzun doktorundan İngilizce olarak bilgi vermesini isteyiniz / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

-
2. **Kızınız/oğlunuz herhangi bir ilaç alıyor mu? / Does your daughter/son take any medication?**

_____Evet/Yes _____Hayır/No

EVET ise lütfen çocuğunuzun doktorundan İngilizce olarak bilgi vermesini isteyiniz / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

-
3. **Kızınızın/oğlunuzun *okuldayken* ilaç alması gerekiyor mu? / Does your daughter/son need to take medication *at school*?** _____Evet/Yes _____Hayır/No

EVET ise lütfen çocuğunuzun doktorundan İngilizce olarak bilgi vermesini isteyiniz / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

Velinin/Vasinin İmzası / Parent/Guardian Signature

Tarih / Date