

Шкільний округ Філадельфії /School District of Philadelphia

Форма для зв'язку в надзвичайній ситуації/Emergency Contact Form

		Стать/Sex	Клас/Grad	/Кімната/Відділення/Ресстр /Rm/Sec/Bk	
Ідентифікаційний номер учня/Student ID	Ім'я учня (прізвище, ім'я)/Student's Name (Last Name, First Name)		Дата народження/DOB		Номер школи/School No.
		Місяць/Мо. День/Day Рік/ґr.			
Адреса/Address			Кв. №)/Apt. No)		Номер домашнього телефону/Home phone
Вкажіть номер соціального страхування дитини (за бажанням)/Enter child's SSN (optional)			Чи є у дитини медична страховка?/Does this child have health insurance? Так/У____ Ні/Н____		
Ім'я лікаря/назва клініки дитини/Name of child's doctor/clinic		Номер телефону/Telephone No		Якщо так, оберіть страховика зі списку нижче/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"/> Інше/Other	
Ім'я стоматолога/назва клініки дитини/Name of child's dentist/clinic		Номер телефону/Telephone No.			
Перша контактна особа у випадку надзвичайної ситуації, (повне ім'я) батька (матері)/опікуна/First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian		Ступінь споріднення/Relationship to child	Телефон для зв'язку в денний час/Daytime phone	Номер мобільного телефону/Cell phone	Адреса електронної пошти/Email Address
Друга контактна особа у випадку надзвичайної ситуації (повне ім'я) /Second Emergency Contact (full name)		Ступінь споріднення/Relationship to child	Телефон для зв'язку в денний час/Daytime phone	Номер мобільного телефону/Cell phone	Адреса електронної пошти/Email Address
Третя контактна особа у випадку надзвичайної ситуації (повне ім'я)/Third Emergency Contact (full name)		Ступінь споріднення/Relationship to child	Телефон для зв'язку в денний час/Daytime phone	Номер мобільного телефону/Cell phone	Адреса електронної пошти/Email Address

Будь ласка, візьміть до уваги / Please note

Якщо ви відповісте на будь-яке з наступних запитань «так», принесіть цю форму до лікаря вашої дитини та попросіть його/її надати детальну інформацію англійською мовою. / 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. **Чи має ваш син / ваша донька якісь потреби чи проблеми, пов'язані зі здоров'ям, про які слід знати школі? / Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?**

_____ Так/Yes _____ Ні/No

Якщо **ТАК**, попросіть лікаря вашої дитини надати інформацію англійською мовою / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

-
2. **Чи приймає ваш син / ваша донька якісь ліки? / Does your daughter/son take any medication?**

_____ Так/Yes _____ Ні/No

Якщо **ТАК**, попросіть лікаря вашої дитини надати інформацію англійською мовою / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

-
3. **Чи потрібно вашому сину / вашій доньці приймати ліки в школі? / Does your daughter/son need to take medication at school? _____ Так/Yes _____ Ні/No**

Якщо **ТАК**, попросіть лікаря вашої дитини надати інформацію англійською мовою / If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

Підпис батька/опікуна / Parent/Guardian Signature

Дата / Date