

Drejtoria Arsimore e Filadelfias/School District of Philadelphia

Formular Kontakti në Urgjencë /Emergency Contact Form

		Gjinia/Sex	Klasa/Grad)	Dh/Sek/Bk/Rm/Sec/Bk
ID e Nxënësit /Student ID	Emri i Nxënësit (Mbiemri, Emri) /Student's Name (Last Name, First Name)		Datëlindja/DOB Mu/Mo. Dt/Day Viti/Yr.	Nr Shkollës /School No.
Adresa/Address		Apt/Apt. No)		Tel. Shtëpi /Home phone
SSN i Fëmijës /Enter child's SSN		A ka fëmija siguracion shëndeti? /Does this child have health insurance? Po/Y____ Jo/N____		
Emri i Doktorit/Klinikës Mjekësore /Name of child's doctor/clinic	Nr Telefonit /Telephone No.		Në rast se po, shënoni siguracionin përkatës të Shëndetit /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"/> Tjetër/Other	
Emri i Dentistit/Klinikës Dentare /Name of child's dentist/clinic	Nr Telefonit /Telephone No.			
Emri i Parë i kontaktit të prindit/kujdestarit, në Rast Urgjencash (emri i plotë) /First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian	Marrëdhënia me fëmijën/Relationship to child	Telefoni gjatë ditës/Daytime phone	Nr celularit /Cell phone	Adresa e Emailit /Email Address
Emri i Dytë i kontaktit të prindit/kujdestarit, në Rast Urgjencash (emri i plotë /Second Emergency Contact (full name)	Marrëdhënia me fëmijën/Relationship to child	Telefoni gjatë ditës/Daytime phone	Nr celularit /Cell phone	Adresa e Emailit /Email Address
Emri i Tretë i kontaktit të prindit/kujdestarit, në Rast Urgjencash (emri i plotë /Third Emergency Contact (full name)	Marrëdhënia me fëmijën/Relationship to child	Telefoni gjatë ditës/Daytime phone	Nr celularit /Cell phone	Adresa e Emailit /Email Address

Ju lutemi Mbani në vemëndje/Please note

Në rast se përgjigja e ndonjë prej pyetjeve më poshtë është “Po”, çojeni këtë formular te doktori i fëmijës dhe kërkoni prej tij/saj të paraqesë informacion të detajuar në Anglisht./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. **A ka Vajza/Djali juaj ndonjë nevojë, ose problem mjekësor, i cili duhet t’i bëhet me dije shkollës?/Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?**

Po/Yes _____ Jo/No _____

Në rast se **PO**, ju lutemi kërkoni prej doktorit të fëmijës të japë detaje në Anglisht./If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

2. **A merr ndonjë mjekim vajza/djali juaj?/Does your daughter/son take any medication?**

Po/Yes _____ Jo/No _____

Në rast se **PO**, ju lutemi kërkoni prej doktorit të fëmijës të japë detaje në Anglisht./If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

3. **A ka nevojë vajza/djali juaj të marrë mjekimin në shkollë?/Does your daughter/son need to take medication at school?** Po/Yes _____ Jo/No _____

Në rast se **PO**, ju lutemi kërkoni prej doktorit të fëmijës të japë detaje në Anglisht./If **YES**, please ask your child’s doctor to provide information in English

Firma e Prindit ose Kujdestarit / *Signature of Parent/s or Guardian/s*

Data/Date