

منطقة فيلادلفيا التعليمية /School District of Philadelphia

/Emergency Contact Form نموذج الاتصال في حالة الطوارئ

عدد الفصول الدراسية /Rm/Sec/Bk		الصف/Grad)	الجنس/Sex	
رقم هوية الطالب /Student ID	اسم الطالب (الاسم الأخير، الاسم الأول) /Student's Name (Last Name, First Name)		تاريخ الميلاد/DOB	
		رقم المدرسة /School No.	شهر/Mo. يوم/Day سنة/Yr.	
العنوان/Address			رقم هاتف المنزل /Home phone	
ادخل رقم الضمان الاجتماعي للطفل /Enter child's SSN			هل لدى الطفل تأمين صحي؟ /Does this child have health insurance? نعم/Y ____ لا/N ____	
العيادة/اسم طبيب الطفل /Name of child's doctor/clinic		رقم الهاتف /Telephone No.	إذا كان الجواب نعم، يرجى بيان ذلك في القائمة التالية بأسماء المنظمات التي توفر التأمين /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"/> Other	
العيادة/اسم طبيب أسنان الطفل /Name of child's dentist/clinic		رقم الهاتف /Telephone No.		
أول اتصال في حالة الطوارئ (الاسم الكامل) الأهل أو ولي الأمر /First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian	العلاقة مع الطالب /Relationship to child	رقم الهاتف أثناء النهار /Daytime phone	رقم الهاتف الخليوي /Cell phone	عنوان البريد الإلكتروني /Email Address
ثاني جهة الاتصال في حالة الطوارئ (الاسم الكامل) /Second Emergency Contact (full name)	العلاقة مع الطالب /Relationship to child	رقم الهاتف أثناء النهار /Daytime phone	رقم الهاتف الخليوي /Cell phone	عنوان البريد الإلكتروني /Email Address
ثالث جهة الاتصال في حالة الطوارئ (الاسم الكامل) /Third Emergency Contact (full name)	العلاقة مع الطالب /Relationship to child	رقم الهاتف أثناء النهار /Daytime phone	رقم الهاتف الخليوي /Cell phone	عنوان البريد الإلكتروني /Email Address

الرجاء ملاحظة/Please note

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.

إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة التالية "نعم"، يرجى اخذ هذا النموذج إلى طبيب طفلك وأطلب منه/ منها تقديم معلومات مفصلة باللغة الإنجليزية.

1. Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?

1. هل لدى ابنتك/ ابنك أي احتياجات صحية أو مشاكل التي ينبغي أن تعرفها المدرسة؟ نعم/Yes لا/No

If YES, please ask your child's doctor to provide information in English

إذا نعم، الرجاء الطلب من طبيب طفلك تقديم معلومات باللغة الإنجليزية

2. Does your daughter/son take any medication? Yes/نعم No/لا

2. هل تأخذ ابنتك/ ابنك أي دواء؟

If YES, please ask your child's doctor to provide information in English

إذا نعم، الرجاء الطلب من طبيب طفلك تقديم معلومات باللغة الإنجليزية

3. Does your daughter/son need to take medication at school? Yes/نعم No/لا

3. هل ابنتك/ ابنك بحاجة لأخذ الدواء في المدرسة؟

If YES, please ask your child's doctor to write in English/أن يكتب باللغة الإنجليزية/الرجاء الطلب من طبيب طفلك أن يكتب باللغة الإنجليزية

Parent's signature _____ توقيع الأهل

Date _____ التاريخ