

费 城 教 育 局 /School District of Philadelphia

紧急情况联系表 /Emergency Contact Form

	性别/Sex	年级/Grad)	教室号 /Rm/Sec/Bk
学生证号码 /Student ID	学生姓名 (姓, 名) /Student's Name (Last Name, First Name)		出生年月日/DOB <small>月/Mo. 日/Day 年/Yr.</small>
家庭地址/Address		公寓号码/Apt. No)	家庭电话号码 /Home phone
学生社会保险号码 (可以不填) /Enter child's SSN		子女是否有健康保险? /Does this child have health insurance? (请圈一项) 有/Y____ 没有/N____	
为子女看病的医生的姓名/诊所名称 /Name of child's doctor/clinic	电话 /Telephone No.	如有, 请在下列名单中注明提供保险的机构 /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	
为子女看牙病的牙医的姓名/诊所名称 /Name of child's dentist/clinic	电话 /Telephone No.		
紧急情况第一联系人 (姓名) 家长/监护人/First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian	与该学生的关系 /Relationship to child	白天电话号码 /Daytime phone	手机号码 /Cell phone
紧急情况第二联系人 (姓名) /Second Emergency Contact (full name)	与该学生的关系 /Relationship to child	白天电话号码 /Daytime phone	手机号码 /Cell phone
紧急情况第三联系人 (姓名) /Third Emergency Contact (full name)	与该学生的关系 /Relationship to child	白天电话号码 /Daytime phone	手机号码 /Cell phone
电子邮箱 /Email Address			

如欲了解更多有关教育局的中文信息及文件的中文版本, 请上网至: www.philasd.org/language/chinese 查询

请注意/*Please note*

如果对以下任何的回答为“是”，请将本表格交给您子女的医生，并请医生用英语填写详细信息。*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. 您子女是否有学校应该了解的健康需求或问题？ */Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?*

是/Yes _____ 否/No _____

如果是，请让子女的医生用英语填写相关信息/*If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English*

2. 您子女是否服药？ */Does your daughter/son take any medication?* _____是/Yes _____ 否/No

如果是，请让子女的医生用英语填写相关信息/*If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English*

3. 您子女在校时是否需要服用药物？ */Does your daughter/son need to take medication at school?*

_____是/Yes _____ 否/No

如果是，请让子女的医生用英语填写相关信息/*If YES, please ask your child’s doctor to provide information in English*

家长/监护人签字/*Parent/Guardian Signature* X _____ 日期/*Date* _____