

# Школьный Округ Филадельфии /School District of Philadelphia

## Контактная информация на случай непредвиденных ситуаций /Emergency Contact Form

	Пол / Sex	Класс /Grad)	Комната /Rm/Sec/Bk
ID Ученика / Student ID	Фамилия и имя ученика / Student's Name (Last Name, First Name)		Дата рождения /DOB
		<small>Месяц/Mo. День/Day Год/Yr.</small>	№ школы /School No.
Адрес/Address		Квартира №/Apt. No)	Дом. телефон /Home phone
Номер социального страхования ребенка /Enter child's SSN		Есть ли у ребенка мед. страховка?/Does this child have health insurance? (Да/У____ Нем/N____)	
Врач/клиника ребенка /Name of child's doctor/clinic	№ телефона/Telephone No.	Если да, отметьте, какая /If yes, check the appropriate health insurance provider below	
Дантист ребенка/клиника /Name of child's dentist/clinic	№ телефона /Telephone No.		
		<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	
Имя и фамилия родителя / опекуна, которому следует звонить в экстренных случаях в первую очередь /First Emergency Contact (full name) Parent/Guardian	Кем приходится ребенку /Relationship to child	Телефон в течение дня /Daytime phone	Мобильный телефон /Cell phone
Имя и фамилия лица, которому следует звонить в экстренных случаях, если родитель/опекун недоступны / Second Emergency Contact (full name)	Кем приходится ребенку /Relationship to child	Телефон в течение дня /Daytime phone	Мобильный телефон /Cell phone
Имя и фамилия лица, которому следует звонить в экстренных случаях, если родитель/опекун недоступны /Third Emergency Contact (full name))	Кем приходится ребенку /Relationship to child	Телефон в течение дня /Daytime phone	Мобильный телефон /Cell phone
		И-мейл /Email Address	И-мейл /Email Address

Дополнительную информацию и документы на русском языке можно найти на сайте: [www.philasd.org/russian](http://www.philasd.org/russian)

## Обратите внимание/Please note:

Если Вы ответите "Да" на любой из следующих вопросов, пожалуйста, передайте эту форму врачу Вашего ребенка и попросите его/ее предоставить подробную информацию на английском языке/ *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. Есть ли у Вашего ребенка проблемы со здоровьем, о которых должна знать школа?/ *Does your daughter/son have any health needs or problems the school should know?* Да/ Yes \_\_\_\_\_ Нет/ No \_\_\_\_\_**

Если **Да**, пожалуйста, попросите врача Вашего ребенка предоставить информацию на английском языке/ *If YES, please ask your child's doctor to provide information in English.*

---

---

- 2. Принимает ли Ваш ребенок лекарства?/ *Does your daughter/son take any medication?* Да/ Yes \_\_\_\_\_ Нет/ No \_\_\_\_\_**

Если **Да**, пожалуйста, попросите врача Вашего ребенка предоставить информацию на английском языке/ *If YES, please ask your child's doctor to provide information in English.*

---

---

- 3. Надо ли Вашему ребенку принимать лекарства в школе?/ *Does your daughter/son need to take medication at school?* Да/ Yes \_\_\_\_\_ Нет/ No \_\_\_\_\_**

Если **Да**, пожалуйста, попросите врача Вашего ребенка предоставить информацию на английском языке/ *If YES, please ask your child's doctor to provide information in English.*

---

---

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя(ей) / опекуна(ов) / Signature of Parent/s or Guardian/s

\_\_\_\_\_  
Число / Date