

**Информация для экстренных случаев (Пожалуйста, пишите разборчиво)**  
***Student Emergency Information (Please print clearly)***

Фамилия и имя ученика/*Student Name* \_\_\_\_\_ Пол/*Gender* \_\_М\_\_ Ж /F класс/*Grade* \_\_\_\_

Адрес/*Address* \_\_\_\_\_ Дом. Телефон /*Home Phone* \_\_\_\_\_

Город /*City* \_\_\_\_\_ Штат /*State* \_\_\_\_\_ Индекс/*Zip Code* \_\_\_\_\_

Мать/*Mother's Name* \_\_\_\_\_ Рабочий телефон/*Work Phone* \_\_\_\_\_

Мобильный телефон/*Cell Phone* \_\_\_\_\_

Отец/*Father's Name* \_\_\_\_\_ Рабочий телефон/*Work Phone* \_\_\_\_\_

Мобильный телефон/*Cell Phone* \_\_\_\_\_

Сообщите, к кому можно обратиться при невозможности связаться с родителями/*If unable to reach the parent in the event of illness and/or accident, the school is authorized to release the student to the following adult(s):*

1. Имя/*Name* \_\_\_\_\_ Кем приходится ребенку/*Relationship* \_\_\_\_\_

Телефон/*Phone Number* \_\_\_\_\_ Мобильник/*Cell Phone* \_\_\_\_\_

2. Имя/*Name* \_\_\_\_\_ Кем приходится ребенку/*Relationship* \_\_\_\_\_

Телефон/*Phone Number* \_\_\_\_\_ Мобильник/*Cell Phone* \_\_\_\_\_

Имеются ли у Вашего ребенка особые потребности или проблемы, о которых должна знать школа/*Does your child have any health needs or problems the school should know?* Да/*Yes* \_\_\_\_ Нет/*No* \_\_\_\_

Если Вы ответили ДА, уточните/*If YES, please list:* \_\_\_\_\_

Принимает ли Ваш ребенок лекарства/*Does your child take any medication?* Да/*Yes* \_\_\_\_ Нет/*No* \_\_\_\_

Если Вы ответили ДА, уточните/*If YES, please list:* \_\_\_\_\_

Нужно ли ребенку принимать лекарства в школе/*Does your child need to take medication at school?*

Да/*Yes* \_\_\_\_ Нет/*No* \_\_\_\_

Если Вы ответили ДА, уточните/*If YES, please list:* \_\_\_\_\_

Есть ли у Вашего ребенка медицинская страховка/*Does your child have medical insurance at this time?*

Да/*Yes* \_\_\_\_ Нет/*No* \_\_\_\_

Если Вы ответили ДА, какая страховка/*If YES, what is the name of the insurance?* \_\_\_\_\_

Фамилия врача/*Physician's Name* \_\_\_\_\_ Номер телефона/*Phone Number* \_\_\_\_\_

Фамилия дантиста/*Dentist's Name* \_\_\_\_\_ Номер телефона/*Phone Number* \_\_\_\_\_

Подпись родителя/*Parent's Signature* **X** \_\_\_\_\_ Дата/*Date* \_\_\_\_\_