

ELIZA B. KIRKBRIDE ELEMENTARY SCHOOL

1501 South 7th Street
Philadelphia, PA 19147
215-952-6214

Thông Tin Liên Lạc Của Học Sinh Trong Trường Hợp Khẩn Cấp (viết chữ in rõ ràng) *Student Emergency Information (Please print clearly)*

Tên Họ Học Sinh/Student Name: _____
(Họ/Last) (Tên/First)
Giới Tính/Gender: _____ Nam/M _____ Nữ/F _____ Lóp/ Grade: _____
Địa Chỉ/Address _____ ĐT Nhà/Home Phone _____
Thành Phố/City _____ Tiểu Bang/State _____ Mã Số Bưu Điện/Zip Code _____
Tên Mẹ/Mother's Name _____ ĐT Chỗ Làm/Work Phone _____
ĐT Di Động/Cell Phone _____
Tên Cha/Father's Name _____ ĐT Chỗ Làm/Work Phone _____
ĐT Di Động/Cell Phone _____

Nếu không thể liên lạc được với phụ huynh trong trường hợp học sinh bị bệnh và/hoặc tai nạn, nhà trường được quyền cho học sinh ra về với những người lớn sau đây/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. Tên/Name _____ Quan Hệ/Relationship _____
ĐT/Phone Number _____ ĐT Di Động/Cell Phone _____
2. Tên/Name _____ Quan Hệ/Relationship _____
ĐT/Phone Number _____ ĐT Di Động/Cell Phone _____

Con quý vị có những nhu cầu hoặc vấn đề gì về sức khỏe mà nhà trường cần biết hay không?/Does your child have any health needs or problems the school should know?

Có/Yes _____ Không/No _____

Nếu CÓ, xin hãy kể ra/ If YES, please list _____

Con quý vị có dùng loại thuốc nào không/Does your child take any medication?

Có/Yes _____ Không/No _____ Nếu CÓ, xin hãy kể ra/If YES, please list _____

Con quý vị có cần sử dụng thuốc tại trường không/Does your child need to take medication at school?

Có/Yes _____ Không/No _____ Nếu có, xin hãy kể ra/If YES, please list _____

Hiện nay con quý vị có bảo hiểm sức khỏe không /Does your child have medical insurance at this time?

Có/Yes _____ Không/No _____

Nếu CÓ, xin hãy cho biết tên của hãng bảo hiểm /If YES, the name of the insurance? _____

Tên Bác Sĩ/Physician's Name _____ ĐT/Phone Number _____

Tên Nha Sĩ/Dentist's Name _____ ĐT/Phone Number _____

Chữ Ký Phụ Huynh/Parent's Signature X _____ Ngày/Date _____