

بطاقة الطوارئ

لموسم الدراسي: _____

وسيلة المواصلات كما هو وارد أدناه

. رعاية الطفل

. ص

. م

. حافلة رقم: _____

. سائر على القدمين

. سيارة مشتركة

الصف _____ غرفة الصف _____

----- (على الوالدين تعبئة كامل البيانات الخاصة بالطالب أدناه) -----

اسم

الطالب

الأول

نوع

الطالب

تاريخ ميلاد الطالب

الأخير

الأوسط

عنوان

الطالب

رقم المنزل

الشارع

رقم الشقة

المدينة

الولاية

ص ب

عرقية

الطالب. هل طفلك إسباني/لاتيني؟ _____

هل طفلك من عرق معين أو أكثر؟ حدد كل ما ينطبق

٦ أسود/أمريكي من أصل أفريقي
أبيض

| آسيا

| هندي أمريكي/من ولاية ألاسكا

من جزر هاواي/من أي من جزر المحيط الهادئ

1. اسم الوالد/ولي الأمر _____ العلاقة _____ هل يعيش الطالب مع الوصي 1؟ _____

البريد الإلكتروني _____ مكان العمل _____

أرقام الهواتف المنزل _____ الهاتف الخليوي _____ العمل _____ هل يعيش الطالب مع الوصي 2؟ _____

2. اسم الوالد/ولي الأمر _____ العلاقة _____

البريد الإلكتروني _____ مكان العمل _____

أرقام الهواتف المنزل _____ الهاتف الخليوي _____ العمل _____

يمكن لمسؤولي المدرسة الاتصال بالأشخاص التاليين في حالة عدم الوصول إلى في حالة مرض أو إصابة الطالب:

هاتف _____ رقم _____ هاتف العلاقة _____ رقم هاتف _____ الاسم: _____ رقم _____ رقم الهاتف _____

العلاقة _____ الاسم: _____

العلاقة _____ الاسم: _____

العلاقة _____ الاسم: _____

طبيب الطالب _____ رقم الهاتف _____

هل يحتاج طفلك إلى دواء معين؟ نعم ٦ لا، في حالة الإجابة بنعم يرجى تحديد نوع الدواء _____

هل يأخذ طفلك دواء معين خلال ساعات الدراسة بشكل منتظم؟ | نعم | لا

هل يعاني طفلك من أمراض أو اضطرابات جسدية (حدد ما ينطبق)

| الربو | مرض السكري | الصرع | حالة قلبية

هل يعاني طفلك من حساسية (للأطعمة، الأدوية، غير ذلك)؟ - نعم، في حالة الإجابة بنعم يرجى التحديد _____

يرجى تحديد نوع التأمين الصحي الخاص بطفلك: | خاص | مساعدة طبية للفقراء أو برنامج التأمين الصحي لأطفال لويزيانا

في حالة عدم وجود تأمين، يرجى إدراج المعلومات الطبية الأخرى التي قد يحتاجها المدرس من أجل تحسين الخدمة المقدمة إلى طفلك:

أدرج أسماء الاخوة/الأخوات المقيدون بالمدرسة:

في حالة الإصابة أو المرض الشديد، أطلب المدرسة بالاتصال بي. وفي حالة عدم قدرة المدرسة إلى الوصول إلي، أخول المدرسة بموجب هذا بالاتصال بالطبيب المشار إليه أعلاه لاتباع تعليماته. وفي حالة تعذر الاتصال بذلك الطبيب، يجوز للمدرسة اتخاذ الإجراءات الضرورية مهما كانت. يرجى ملاحظة أنه لن يتم تسليم طفلك لأي شخص سوى هؤلاء المشار إليهم ما لم يتم اتخاذ غير ذلك من الترتيبات. سوف تتم مشاركة المعلومات الطبية/الصحية المذكورة أعلاه مع موظفي المدرسة المعنيين من أجل تلبية احتياجات طفلك بشكل أفضل.

الاسم _____ الصف _____ الاسم _____ الصف _____

الاسم _____ الصف _____ الاسم _____ الصف _____

توقيع الوالد/ولي الأمر: _____

