

ЛИЦА БЕЗ ПРАВА ДОСТУПА

Укажите лиц, **НЕ ИМЕЮЩИХ ПРАВА ДОСТУПА** к ребенку
Представьте в школу копию охранного ордера (order of protection).

Имя и фамилия	Родство	Наличие охранного ордера	Срок вступления ордера в силу
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

СВЕДЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ

Имя и фамилия врача / Название клиники: _____ Телефон _____

- Аллерголог/Иммунолог Кардиолог Дерматолог Специалист по развитию/коррекции поведения
 Невропатолог Пульмонолог Др. _____

Важная медицинская информация

Противопоказания к физической активности: Да Нет

Ограничения: _____
(примеры: ходьба по лестницам, участие в уроках физкультуры)

Установленные диагнозы (Отметьте все подходящие варианты.)

- Астма Судорожные припадки Аллергия/Анафилаксия Диабет Отсутствуют Др. _____

Аллергия (Отметьте все подходящие варианты.)

- Молоко Яйца Арахис Древесные (другие) орехи Рыба
 Ракообразные Соя Пшеница Др. _____

Медицинское страхование ребенка (Отметьте все подходящие варианты.)

- Частная медицинская страховка Медикейд Не имеется

Если не имеется, разрешаете ли вы использовать контактные данные для получения информации о вариантах медицинского страхования? Да Нет

В неотложных случаях окончательное решение принимается школой.
Вышеизложенные пожелания родителей будут по возможности учтены.

БРАТЬЯ/СЕСТРЫ

Фамилия брата/сестры	Имя брата/сестры	Школа брата/сестры

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

- Отметив ячейку, я даю согласие на общение с волонтерами-избранниками школьного, окружного и общегородского родительского актива по вопросам, связанным с моим школьным сообществом.
 Отметив ячейку, я даю согласие на передачу моих контактных данных волонтерам-избранникам школьного, окружного и общегородского родительского актива в целях получения информации, связанной с моим школьным сообществом.

О любых изменениях в указанных здесь сведениях директор школы будет извещен в письменном виде

Подпись родителя/опекуна _____

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ / FOR OFFICE USE ONLY

Заполняется сотрудниками школы. / To be completed by school staff only.

Grade _____ Class _____ Room No. _____ Teacher _____

List below contacts made for emergency, illness or injury.

Relevant records from Health Record _____

Date	Contact	Reason	Disposition