

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

| آسيا

| هندي أمريكي/من ولاية ألاسكا

من جزر هاواي/من أي من جزر المحيط الهادئ

أبيض

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 _____

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 _____

٦ لا

يرجى تحديد نوع التأمين الصحي 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 على 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

الاسم

الصف

الاسم

الاسم

الصف

توقيع الوالد/ولي الأمر: _____

