

健康資料

醫生姓名/診所名稱: _____ 電話 _____

是否有需注意的健康問題

您的子女是否有任何可能影響其參與體育活動的健康狀況? 是 否
哪些活動需要受到限制 _____ (例如:爬樓梯、參加體育課)

過敏 _____

本年度是否接受504服務? 是 否 上一年? 是 否

我的子女有(在適用的方格內打X): 私人醫療保險 醫療補助計劃(Medicaid) 沒有醫療保險

如果「沒有醫療保險」,您是否願意將此卡上自己的聯絡資料告訴有關方面,以便了解醫療保險的選擇? 是 否

如果校方無法與上面任何一位取得聯繫,那麼您子女出現生病或是受傷的情況時,您希望學校採取什麼做法?

在出現緊急情況時,將依照校方的判斷作為最終處理辦法。
家長在上面給出的建議將儘可能得到配合。

兄弟姐妹

| 兄弟姐妹的姓氏 | 兄弟姐妹的名字 | 兄弟姐妹就讀的學校 |
|---------|---------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

家長/監護人簽名

這張卡上如有任何資料的更改,校長會收到書面通知

家長/監護人簽名

僅由學校填寫 / FOR SCHOOL USE ONLY

僅由學校職員填寫。

年級 _____ 班級 _____ 教室號碼 _____ 教師 _____

因發生緊急情況、生病或受傷而作出的聯絡,列在下方。健康記錄上的相關記錄 _____

| 日期 | 聯絡 | 原因 | 處理 |
|----|----|----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |