

건강 정보

주치의/병원 이름: _____ 전화번호 _____

건강상 주의사항

이 학생이 신체 활동에 참여하는데 영향을 주는 건강 문제가 있습니까? 예 아니요

제한 _____ (계단 오르기, 체육 수업 참여 등)

알레르기 _____

현재 학년도 504 서비스 여부 예 아니요 지난 학년도 예 아니요

제 자녀의 보험(해당되는 것에 X 표시): 사보험 메디케이드 보험 없음

건강 보험이 없으시다면 보험에 관련된 정보를 얻기 위해 본 카드의 연락처를 공유하시겠습니까? 예 아니요

만약 위에 기재하신 사람들에게 연락이 되지 않는다면 자녀분이 아프거나 다쳤을 때 학교에서 어떻게 조치해 주길 바라십니까?

비상 사태의 최종 재량은 학교의 판단이 우선될 것이라는 점을 이해합니다.
학부모의 추천 내용은 가능한 존중될 것입니다.

형제자매

형제자매의 성	형제자매의 이름	형제자매 재학 학교

학부모/보호자 서명

이 카드에 기재하신 내용에 변화가 있다면 반드시 학교장에게 서면으로 알려주셔야 합니다. _____
학부모/보호자 서명

학교 사용란 / FOR SCHOOL USE ONLY

학교 담당자 작성

학년 _____ 학급 _____ 방 번호 _____ 교사 _____

비상, 질병 또는 부상 시 연락 정보 관련 의료기록

날짜	연락처	이유	조치