

СВЕДЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ

Имя и фамилия врача/Название клиники: _____ Телефон _____

Важная медицинская информация

Имеются ли противопоказания к физической активности? Да Нет

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

Аллергии _____

Услуги по Плану 504 в данном учебном году Да Нет В предыдущем году Да Нет

У ребенка (отметить крестиком все подходящие варианты): Частная медицинская страховка Medicaid Не имеется

Если вы отметили «Не имеется», разрешаете ли вы использовать вашу контактную информацию из карточки, чтобы с вами могли связаться касательно возможностей медицинского страхования? Да Нет

Инструкции для школы на случай травмы или болезни ребенка и невозможности связаться с указанными контактными лицами:

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

БРАТЬЯ/СЕСТРЫ

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

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

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

_____ Подпись родителя/опекуна

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ / FOR SCHOOL USE ONLY

Заполняется сотрудниками школы.

Уч. уровень _____ Класс _____ Кабинет № : _____ Учитель _____

Указать ниже контакты, предпринятые в связи с чрезвычайной ситуацией, болезнью или травмой ребенка. Соответствующая документация из медицинского дела.

Дата	Контакт	Причина	Решение
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____