

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ / HEALTH INFORMATION

Врач/клиника: _____ Телефон () _____
Name of Physician/Clinic: _____ Telephone

Медицинское предупреждение / Health Alert

Имеет ли ребёнок заболевание, которое препятствует его участию в физической активности? Да / Yes ___ Нет / No ___

Does child have any health condition that may affect participation in physical activities?

Ограничения _____ (напр., ходьба по лестнице, занятия физкультурой)
Limitations (e.g., stair climbing, participation in gym)

Аллергии / Allergies _____

Услуги «504» в текущем году? Да / Yes ___ Нет / No ___

В прошлом году? Да / Yes ___ Нет / No ___

504 services for the current year?

Previous Year?

Ребёнок имеет (отметьте всё, что применимо): частную мед. страховку ___ Медикэйд ___ Не имеет мед. страховки ___
My child has (X any that apply) Private health insurance Medicaid No health insurance

Если «Не имеет страховки», хотите ли поделиться сведениями из этой карточки, чтобы узнать о возможностях страхования? Да / Yes ___ Нет / No ___

If "No Health Insurance," are you willing to share contact information from this card to learn about insurance options?

Если невозможно дозвониться ни до одного из перечисленных контактных лиц, что бы Вы хотели, чтобы школа предприняла, если ребёнку станет плохо или он получит травму?

If none of the named contacts can be reached, what do you wish the school to do if your child is sick or injured?

Подразумевается, что решение школьных властей превагирует в чрезвычайной ситуации.

Данная выше рекомендация родителя будет учтена настолько, насколько это возможно.

It is understood that in the final disposition of an emergency case, the judgment of the school authorities will prevail.

The recommendation of the parent as indicated above will be respected as far as possible.

Братья и сестры / Siblings: Фамилия / Last Name	Имя / First Name	Школа / School of Attendance
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ПОМЕТОК ШКОЛЫ / FOR SCHOOL USE.....

List below contacts made for emergency, illness or injury. Relevant records from Health Record _____

Date	Contact	Reason	Disposition
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____
/ /	_____	_____	_____

252290046 08/30/07

New York City Department of Education T&I 2359 (Russian)