

# EMERGENCY CARD

## TY HỌC CHÁNH QUẬN JEFFERSON

### PHIẾU KHẨN CẤP

Tên trường: \_\_\_\_\_

Lớp: \_\_\_\_\_ Số phòng học: \_\_\_\_\_

#### PHƯƠNG TIỆN DI CHUYỂN:

- CHILD CARE
- SÁNG
- CHIỀU
- SỐ XE BUÝT # \_\_\_\_\_
- ĐI BỘ
- XE NHÀ

----- (PHỤ HUYNH ĐIỀN CHI TIẾT SAU ĐÂY) -----

Phần của học sinh		Phần của học sinh	Học sinh
Tên _____		Ngày sinh nhật _____	Phái tính _____
Họ _____	tên _____	tên đệm _____	

Phần của Học sinh				
Địa chỉ _____				
Số nhà # _____	tên đường _____	Apt.# _____	Thành phố _____	Tiểu bang _____

Phần của học sinh  
 Chủng tộc: Con em quý vị là Hispanic/Latino?  Học sinh thuộc chủng tộc \_\_\_\_\_

Con em quý vị có nhân chủng một hay nhiều hơn một chủng tộc khác? đánh dấu tất cả

Người Mỹ da đỏ/Alaska Native       Châu Á       Mỹ da đen hay Châu phi

Thổ dân Hawaiian/ hay Da trắng đảo thái bình dương       Mỹ da trắng

1. Tên Phụ huynh/Người Giám hộ \_\_\_\_\_ Liên hệ \_\_\_\_\_ Có phải học sinh đang sống với người Giám hộ 1? \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Cơ quan \_\_\_\_\_

Số điện thoại: Nhà \_\_\_\_\_ Di động \_\_\_\_\_ Cơ quan \_\_\_\_\_

2. Tên Phụ huynh/Người Giám hộ \_\_\_\_\_ Liên hệ \_\_\_\_\_ Có phải học sinh đang sống với người Giám hộ 2? \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Cơ quan \_\_\_\_\_

Số điện thoại: Nhà \_\_\_\_\_ Di động \_\_\_\_\_ Cơ quan \_\_\_\_\_

#### NHÂN VIÊN NHÀ TRƯỞNG CÓ THỂ GỌI NHỮNG NGƯỜI LIÊN HỆ SAU ĐÂY NẾU TRẺ CỦA TÔI KHÔNG KHOẺ HOẶC BỊ TAI NẠN

Tên: \_\_\_\_\_ Liên hệ \_\_\_\_\_ Số điện thoại # \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Liên hệ \_\_\_\_\_ Số điện thoại # \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Liên hệ \_\_\_\_\_ Số điện thoại # \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Liên hệ \_\_\_\_\_ Số điện thoại # \_\_\_\_\_

Tên Bác sĩ của trẻ \_\_\_\_\_ Số điện thoại # \_\_\_\_\_

Con em quý vị có uống thuốc không?  CÓ  Không Nếu Có, vui lòng viết tên thuốc \_\_\_\_\_

Trẻ của quý vị có uống thuốc trong giờ học không?  Có  Không

Trẻ của quý vị có bị khuyết tật hay tật nguyên không? (đánh dấu vào tất cả)

Ho suyễn     Tiểu đường     Động kinh     Tim mạch

Trẻ của quý vị có dị ứng không? (Thức ăn, Thuốc, loại khác)?  Có Nếu Có, vui lòng viết danh sách \_\_\_\_\_

Không

Vui lòng đánh dấu vào loại bảo hiểm mà trẻ có:  Tự nhiên     Medicaid or LaCHIP     Không

Vui lòng viết những loại thuốc mà thích hợp với trẻ để trường học đôi khi cần dùng phục vụ trẻ tốt hơn:

Viết danh sách những anh/chị/em đang học chung trường:

Tên \_\_\_\_\_ Lớp \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Lớp \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Lớp \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Lớp \_\_\_\_\_

Phụ huynh/Người Giám hộ ký tên: \_\_\_\_\_

Trong trường hợp bị tai nạn hay bị bệnh nặng, Tôi yêu cầu nhà trường liên lạc với tôi. Nếu trường học không liên lạc được với tôi, tôi cho phép nhà trường gọi Bác sĩ như đã nêu trên và làm theo sự hướng dẫn của Bác sĩ. Nếu nhà trường không liên lạc được với Bác sĩ thì nhà trường có thể làm bất cứ điều gì cần thiết cho trẻ. Chú ý không được tiết lộ thông tin cá nhân cho người khác ngoài những người liên hệ trên. Những thông tin về sức khỏe đã cung cấp cho nhà trường sẽ được chia sẻ với nhân viên nhà trường để phục vụ trẻ tốt hơn.

