



Объединенный школьный округ Лос-Анджелеса
Информационный листок учащегося для чрезвычайных ситуаций

РУССКИЙ

Информация для родителей: Просим заполнить все поля и подписать в указанном месте. В случае создания серьезных чрезвычайных ситуаций, в соответствии с политикой школы, все учащиеся будут оставаться в здании школы для обеспечения их безопасности.

Данная форма будет использоваться персоналом школы при отправлении учащегося домой. Просим заполнить форму, используя компьютерные средства, или от руки печатными буквами и вернуть заполненную форму в школу.

ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ		ИМЯ УЧАЩЕГОСЯ			ИННИЦИАЛ	
ДАТА РОЖДЕНИЯ		<input type="checkbox"/> МУЖ. <input type="checkbox"/> ЖЕН.	КЛАСС		РОДНОЙ ЯЗЫК	
ДОМАШНИЙ АДРЕС - № ДОМА		УЛИЦА		№ КВ.	ГОРОД	ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС - № ДОМА (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДОМАШНЕГО АДРЕСА)		УЛИЦА		№ КВ.	ГОРОД	ИНДЕКС
РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН - ФАМИЛИЯ		ИМЯ		КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧАЩЕМУСЯ		ПРОЖИВАЕТ ПО ТОМУ ЖЕ АДРЕСУ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
АДРЕС МЕСТА РАБОТЫ - № ДОМА		УЛИЦА		ГОРОД		ИНДЕКС
КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ		Укажите номер телефона для каждого вида сообщения:*			ЭЛ. ПОЧТА:	
ДОМ.	ЧРЕЗВЫЧАЙНОЕ ПРОИСШЕСТВИЕ	<input type="checkbox"/> Дом.	<input type="checkbox"/> Моб.	<input type="checkbox"/> Раб.		
МОБ.	ПОСЕЩЕНИЕ	<input type="checkbox"/> Дом.	<input type="checkbox"/> Моб.	<input type="checkbox"/> Раб.		
РАБ.	ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ	<input type="checkbox"/> Дом.	<input type="checkbox"/> Моб.	<input type="checkbox"/> Раб.		
РОДИТЕЛЬ / ОПЕКУН - ФАМИЛИЯ		ИМЯ		КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧАЩЕМУСЯ		ПРОЖИВАЕТ ПО ТОМУ ЖЕ АДРЕСУ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
АДРЕС МЕСТА РАБОТЫ - № ДОМА		УЛИЦА		ГОРОД		ИНДЕКС
КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ		Укажите номер телефона для каждого вида сообщения:*			ЭЛ. ПОЧТА:	
ДОМ.	ЧРЕЗВЫЧАЙНОЕ ПРОИСШЕСТВИЕ	<input type="checkbox"/> Дом.	<input type="checkbox"/> Моб.	<input type="checkbox"/> Раб.		
МОБ.	ПОСЕЩЕНИЕ	<input type="checkbox"/> Дом.	<input type="checkbox"/> Моб.	<input type="checkbox"/> Раб.		
РАБ.	ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ	<input type="checkbox"/> Дом.	<input type="checkbox"/> Моб.	<input type="checkbox"/> Раб.		
<i>Информация для работника школы: Если вы не можете застать меня при чрезвычайном происшествии, я даю разрешение связаться с любым из нижеследующих лиц и, при необходимости, передать такому лицу моего ребенка.</i>						
ИМЯ		КЕМ ПРИХОДИТСЯ		ДОМ. ТЕЛ.	МОБ. ТЕЛ.	РАБ. ТЕЛ.
ИМЯ		КЕМ ПРИХОДИТСЯ		ДОМ. ТЕЛ.	МОБ. ТЕЛ.	РАБ. ТЕЛ.
ИМЯ		КЕМ ПРИХОДИТСЯ		ДОМ. ТЕЛ.	МОБ. ТЕЛ.	РАБ. ТЕЛ.
<i>Перечислите всех других членов семьи, посещающих эту же школу:</i>						
ФАМИЛИЯ		ИМЯ		КЛАССНАЯ КОМНАТА	КЛАСС	КЕМ ПРИХОДИТСЯ
ФАМИЛИЯ		ИМЯ		КЛАССНАЯ КОМНАТА	КЛАСС	КЕМ ПРИХОДИТСЯ
РАЗРЕШЕНИЕ НА ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ						
Нижеподписавшийся, являющийся родителем/опекуном: _____ несовершенного летнего, <small>(Указать имя учащегося печатными буквами)</small>						
<p>настоящим предоставляет разрешение директору школы или назначенному им лицу, под ответственностью которого находится учащийся, предоставлять согласие на проведение рентгенологических обследований, применение обезболивающих средств/анестезии, проведение медицинского или операционного диагностирования, лечения и(или) оказание стационарной медицинской помощи учащемуся в соответствии с рекомендацией любого лицензированного терапевта или зубного врача. Настоящим обуславливается, что данное разрешение предоставляется до проведения необходимого диагностирования, лечения или оказания стационарной медицинской помощи, и уполномочивает Объединенный школьный округ Лос-Анджелеса ("Округ") предоставлять конкретное согласие на проведение любого такого диагностирования, лечения или оказания стационарной медицинской помощи, которые необходимы по мнению лицензированного терапевта или зубного врача. Настоящее разрешение предоставляется в соответствии с положениями Раздела 49407 Образовательного кодекса Калифорнии и сохраняет силу до отзыва в письменном виде с предоставлением заявления об отзыве в Округ. Я понимаю, что Округ, его руководители и сотрудники не несут любого рода ответственности в связи перевозкой студентов. Также я понимаю, что я, как родитель/опекун учащегося, несу исключительную ответственность за оплату стоимости услуг скорой помощи, госпитализации, а также любых проверок, рентгенологических обследований или лечения, предоставленных в связи с данным разрешением.</p>						
<p>УВЕДОМЛЕНИЯ О МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМАХ -- укажите все противопоказания медицинского характера, ограничивающие физическую активность или требующие особого внимания. В данный список необходимо включить такие проблемы, как астма или аллергические реакции, например, на арахис или укусы пчел. Если таковые отсутствуют, укажите "Нет".</p>						
<p>ИМЕЕТ ЛИ УЧАЩИЙСЯ ПОЛИС МЕД. СТРАХОВАНИЯ? (выберите один вариант) <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ* Если "Да": <input type="checkbox"/> Инд. мед. страхование <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families</p>						
Идент. № MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES:						
1. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ - ИМЯ		№ ГРУППЫ	2. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ - ИМЯ (В случае покрытия по двум нескольким планам)		№ ГРУППЫ	
ИМЯ ВРАЧА / МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА			ТЕЛЕФОН ВРАЧА / МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА			
<p>*Если в настоящий момент учащийся не имеет полиса медицинского страхования, информацию о бесплатных или недорогих программах медицинского страхования можно получить по бесплатному телефону линии HELPLINE 1(866)742-2273 Округа.</p>						
<p>МОЙ РЕБЕНОК ИМЕЕТ АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ НА СЛЕДУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕПАРАТЫ:</p>						
<p>В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ МОЙ РЕБЕНОК ПРИНИМАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕПАРАТЫ:</p>						
<p>Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО Я ОЗНАКОМИЛСЯ С ДАННОЙ ФОРМОЙ И НАСТОЯЩИМ ПРЕДОСТАВЛЯЮ СВОЕ РАЗРЕШЕНИЕ НА ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННАЯ В НАСТОЯЩЕЙ ФОРМЕ, ВЕРНА.</p>						
X		ПОДПИСЬ: _____ (ВЫБЕРИТЕ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ) <input type="checkbox"/> РОДИТЕЛЬ <input type="checkbox"/> ОПЕКУН			ДАТА _____	

* Все указанные телефоны должны быть прямыми (не требовать ввода добавочных цифр)

Пересмотрено в марте 2010 г.

ФАМИЛИЯ

ИМЯ

ИННИЦИАЛ