

Карточка для экстренных ситуаций



Полное юридическое имя учащегося: _____ Класс: _____

Дата рождения: _____

В случае аварийного происшествия или другой экстренной ситуации в отсутствие родителя/опекуна, настоящим я разрешаю школе сделать все необходимое для того, чтобы мой ребенок получил медицинскую или больничную помощь, включая перевозку. Я соглашаюсь оплачивать все понесенные расходы. При вышеуказанных обстоятельствах, я далее разрешаю указанному ниже врачу принять все необходимые меры по уходу и лечению моего ребенка. В случае отсутствия такого врача, я разрешаю, чтобы уход и лечение производилось лицензированным врачом или хирургом.

Имя врача: _____ Тел. номер _____

Адрес: _____

Медиц. страхование: _____ Медицинский идентификац. номер _____

Если мой ребенок болен или оказался в экстренной ситуации, причем со мной не удастся связаться, позвоните и передайте моего ребенка:
(должно быть, по крайней мере, два лица)

Имя: _____ Тел. _____

Отношение к ребенку: _____

Имя: _____ Тел. _____

Отношение к ребенку _____

Имя: _____ Тел. _____

Отношение к ребенку: _____

Относится ли что-либо из нижеуказанного к вашему ребенку?

- Специальное образование (RSP - Специальная ресурсная программа), нарушение речи, SDC - спец. дневные занятия), IEP - индивид. образоват. программа)
- План 504
- Приемный ребенок
- Исключенный

Подпись родителя/опекуна: _____

Дата: _____

Информация о состоянии здоровья

У моего ребенка нет аллергии или расстройств здоровья

Были ли у вашего ребенка какие-либо из следующих расстройств? . (если да, то пометить)

- Астма (дата последнего приступа)____/____/____
- ADD (Синдром дефицита внимания/ADHD (Синдром дефицита внимания и гиперактивности)
- Пищевая аллергия (список)

- Аллергия к лекарствам (список)

- Аллергия на пчелиный укус
- Диабет
- Сердечные заболевания
- Мигрень
- Припадочное расстройство
- Проблемы со зрением
 - Носит очки/контактные линзы
- Проблемы со слухом
 - Носит слуховой аппарат
- Психическое расстройство
- Другие серьезные аллергии _____
- Хроническое заболевание _____
- Специальные медицинские процедуры: _____
- Прочее: _____

Перечислите прописанные лекарства и дозу:

Должно ли лекарство приниматься во время занятий в школе

Да Нет

Любое физическое состояние, ограничивающее участие

в:

- Занятиях в классе
- Физвоспитании

Просим объяснить: _____

Информация о состоянии здоровья, полученная из этой карточки и других источников в течение учебного года, может быть раскрыта школьному персоналу, когда это необходимо для защиты здоровья и благополучия вашего ребенка.

Представляет ли любое из вышеуказанного угрозу для жизни? ____