

杰斐逊小学学区

办公室专用

请打印

学生紧急联系人和信息表

年级 \_\_\_\_\_

班级 \_\_\_\_\_

学生信息:

法律名称: \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ 男/女
姓 名 中间名 出生日期 性别

地址: \_\_\_\_\_
街道名称、公寓号、城市、邮编

□ 地址跟去年一样

□ 地址跟去年不一样

学生手机号码: \_\_\_\_\_

住宅/寓所类型:

- 独户永久住宅 □ 由于家庭困难、损失或其他原因而与其他家庭/个人共同居住
(□ 永久 □ 临时)
□ 庇护或过渡性住房计划 □ 青少年收养安置点 □ 汽车旅馆/宾馆 □ 居无定所 (汽车/露营)
□ 其他 \_\_\_\_\_

与学生一起生活的是: □ 父母双方 □ 母亲 □ 父亲 □ 法定监护人 □ 其他 \_\_\_\_\_

是否存在需要注意的任何法定监护问题? □ 是 □ 否 备注: \_\_\_\_\_

是否在特殊计划中: □ 否 □ 是 如果是, 那么是哪一个? □ GATE □ RSP □ SDC □ Speech □ ELL

出生地 (城市、州、国家): \_\_\_\_\_

所上的前一个学校: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Table with 2 columns for contact information (Name, Relationship, Address, Phone, Work Address, Education Level).

家长/监护人信息:

如果无法在紧急情况下联系到家长, 那么本地联系人是: (与上面不同的电话号码, 并且获授权能
从学校接学生)

Table with 4 columns: Name, Address, Daytime phone number, Relationship to student.

医疗信息:  加州医疗补助计划 (Medi-Cal)  健康家庭计划 (Healthy Families)

其他

保险: \_\_\_\_\_

医生姓名 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

医院 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

保险公司 \_\_\_\_\_ 计划号码 \_\_\_\_\_ 保险 ID 号 \_\_\_\_\_

牙医姓名 电话 如果学校当局认为有必要, 并且所有联系家长或指定成年人的努力都失败后, 您的孩子将被救护车送到最近的医院, 并且由家长承担费用。

**疾病: (选择所有适用选项)**

没有疾病

您的孩子是否正在服用任何药物? 如果是, 那么药物名称是: \_\_\_\_\_

过敏  食物过敏 \_\_\_\_\_ 如果是, 那么过敏的食物是: \_\_\_\_\_

哮喘  肾上腺素笔 (Epi-Pen)

心脏问题  癫痫  体育课受限 (需要医生证明)  经常流鼻血

糖尿病  眼镜/隐形眼镜  听力问题

请解释或者备注学校应当知道的疾病: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*备注\*\*\*\*\*

如果您的孩子需要在学校服药, 那么您必须向学校提供医师的书面说明以及您的书面许可。在学校服用的药物必须保存在原有药物容器中, 并且必须保存在学校办公室中。除非满足这些条件, 否则不能在学校服用任何药物 (包括阿司匹林替代药物在内的处方或非处方药)。儿童不能在他们的口袋或背包中放置任何药物。**学校办公室提供药品服用表格, 供您和您的医师签署。**

**居住在家中的家庭成员:**

姓	名	出生日期	与学生的关系

**种族:**

您是否认为自己是西班牙裔/拉美裔? (只选择一个)

不, 不是西班牙/拉丁美洲人

是, 西班牙/拉丁美洲人不论种族, 是古巴、墨西哥、波多黎各、南美或中美洲或者其他有西班牙文化或起源的人。

以下哪些群组描述了您的种族/民族? (选择一个或多个)

美洲印第安人或阿拉斯加原住民。拥有北美洲或南非洲 (包括中美洲) 原住民出身的人, 并且维持部落归属或者社区归属感。

中国人

日本人

韩国人

越南人

东印度人

老挝人

柬埔寨人

赫蒙族人

其他亚洲人。拥有远东以及东南亚原住民出身的人。

菲律宾人

夏威夷人

关岛人

萨摩亚人

其他南太平洋岛屿居民拥有夏威夷、关岛、萨摩亚或其他太平洋岛屿以及上面未列出的出身的人。

黑人或非裔美国人拥有任何非洲裔族群出身的人。

白人拥有欧洲、中东或北非出身的人 (包括拥有拉美出身的人)。

语言: 您的孩子是否能讲流利的英语?  是  否 您的孩子是否能熟练使用其他语言?  是  否

如果是, 那么是什么语言? \_\_\_\_\_ 在家所讲的语言: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
家长/监护人签字和日期

\_\_\_\_\_  
家长/监护人签字和日期