

Informacje awaryjne i zdrowotne ucznia

Nazwa szkoły: _____

RODZICE/OPIEKUNOWIE: Szkoła musi posiadać Wasze aktualne informacje kontaktowe aby móc skontaktować się z Wami w sytuacji awaryjnej. **Wypełnijcie formularz wyraźnie pismem drukowanym.** Jeśli informacje ulegną zmianie, należy natychmiast pisemnie powiadomić o tym szkołę.

Numer ID ucznia _____ Nazwisko _____ Imię _____ Drugie imię _____ Numer sali lekcyjnej _____
 Data urodzenia (mm/dd/yyyy) _____ Adres domowy ucznia _____ Domowy numer telefonu _____

| Informacje poufne – Część 1 | Informacje poufne – Część 2 |
|---|---|
| <p>Wypełnij tę część tylko jeśli (1) odzwierciedla to obecną sytuację zamieszkania Twojego dziecka; LUB (2) odzwierciedla Twoją sytuację zamieszkania jeśli jesteś nastolatkiem, który nie mieszka z rodzicami lub opiekunami. (Odpowiedź pomoże personelowi szkolnemu zaaranżować dodatkową pomoc). Zaznacz, jeśli mieszkasz w:</p> <p><input type="checkbox"/> w oczekiwaniu na umieszczenie w rodzinie zastępczej <input type="checkbox"/> w samochodzie/parku/innym miejscu <input type="checkbox"/> w mieszkaniu innych osób <input type="checkbox"/> w hotelu/motelu <input type="checkbox"/> w schronisku <input type="checkbox"/> w miejscu tymczasowym</p> <p>School Note: If any box is checked, see the CPS Policy 702.5.</p> | <p>Czy uczeń posiada /jest chroniony aktualnie przez <i>Order of Protection</i> (nakaz ochrony) lub <i>No Contact Order</i> (zakaz kontaktu)? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>School Note: If “Yes,” follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in <i>Legal Alert</i> field and update contact information, as needed, in SIM.</p> |

Awaryjne informacje kontaktowe rodziców/opiekunów: Można dodać dodatkowe informacje na odwrocie strony.

| | Rodzice/opiekunowie | Rodzice/opiekunowie |
|---|--|--|
| Imię i nazwisko kontaktowe | | |
| Pokrewieństwo/relacja | | |
| Zaznacz odpowiednie informacje:: | <input type="checkbox"/> mieszka z uczniem <input type="checkbox"/> otrzymuje pocztę <input type="checkbox"/> kontakt awaryjny <input type="checkbox"/> zgoda na odbieranie ze szkoły | <input type="checkbox"/> mieszka z uczniem <input type="checkbox"/> otrzymuje pocztę <input type="checkbox"/> kontakt awaryjny <input type="checkbox"/> zgoda na odbieranie ze szkoły |
| Adres domowy, jeśli inny niż ucznia | | |
| Domowy numer telefonu, jeśli inny niż ucznia | | |
| Numer telefonu komórkowego | | |
| Email | | |
| Nazwa i adres pracodawcy | | |
| Numer telefonu do pracy | | |
| * Język komunikacji | | |
| * CPS komunikuje się poprzez informacje telefoniczne. Wybierz język komunikacji z Waszą rodziną. Języki do masowej komunikacji to j. angielski i j. hiszpański. (uwaga: inne języki w zależności od dostępności). | | |

Wymień krewnych/sąsiadów, z którymi szkoła może się kontaktować w razie nagłych wypadków i którzy mają Waszą zgodę na odbieranie ucznia ze szkoły:

Imię i nazwisko _____ Adres domowy _____ Numer telefonu _____ Pokrewieństwo _____

Nazwisko lekarza rodzinnego, adres i numer telefonu: Wyrażam zgodę na kontakt z lekarzem rodzinnym w nagłych wypadkach.

Ubezpieczenie zdrowotne ucznia: (zaznacz jedno)

- Illinois Medical Card/All Kids: medyczny numer identyfikacyjny ID # _____ (9-cyfr w na odwrocie karty)
- Nie ma ubezpieczenia: Jesteście zainteresowani Illinois Medical Card/All Kids? Tak Nie
- Ubezpieczenie prywatne/przez pracę: bez dodatkowych informacji

Dzieci z rodzin wojskowych (do wyboru)

Jako rodzice /opiekunowie, jesteście członkami oddziału sił zbrojnych Stanów Zjednoczonych? Tak Nie

Jeśli tak, czy jesteście w służbie czynnej lub czekacie na powołanie do służby czynnejw tym roku szkolnym? Tak Nie

Potwierdzam, że informacje zamieszczone w powyższym formularzu są prawdziwe:

(Podpis Rodziców/Opiekunów) _____ (Data) _____