

التاريخ:

بمطابقة معلومات طالب مقاطعة سان فرانسيسكو المدرسية الموحدة الطبية/الحالات الطوارئ

(تضمن استكمال هذه اللوحة في كل سنة دراسية)

رقم HO:

(الحرف الأول من الاسم الأوسط)

(الأول)

الاسم:

قائمة التقد:

المر:

الصف:

اسم المدرسة:

الجنس:  ذكر  أنثى

تاريخ الميلاد:

رقم لائحة المدينة:

الشهر:

اليوم:

السنة:

رقم لائحة المدينة:

عنوان البيت البريدي:

لغة البيت:

مكتب المنزل:

الرمز البريدي:

اسم والد/والتي الأمر/مقدم الرعاية:		اسم والد/والتي الأمر/مقدم الرعاية:	
عنوان البيت البريدي:		عنوان البيت البريدي:	
محل العمل:		محل العمل:	
الهاتف الرئيسي:	<input type="checkbox"/> هاتف أرضي <input type="checkbox"/> هاتف خلوي	الهاتف الرئيسي:	<input type="checkbox"/> هاتف أرضي <input type="checkbox"/> هاتف خلوي
مكتب آخر:	<input type="checkbox"/> هاتف أرضي <input type="checkbox"/> هاتف خلوي	مكتب آخر:	<input type="checkbox"/> هاتف أرضي <input type="checkbox"/> هاتف خلوي
الجهة التي يعيش معها الطفل: <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الوالد <input type="checkbox"/> مقدم الرعاية/والتي الأمر <input type="checkbox"/> غير تلك (حدد)		الجهة التي يعيش معها الطفل: <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الوالد <input type="checkbox"/> مقدم الرعاية/والتي الأمر <input type="checkbox"/> غير تلك (حدد)	

جهات الاتصال في حالات الطوارئ: في حالات الطوارئ أو إذا كان الطفل فمتذكر أجدلاً مريضاً أو تعرض لإصابة في المدرسة وتعد الاتصال به، أسمع المدرسة بالاتصال بحد الجهات التالية وتسلم ظلي تلك الجهة:

مكتب آخر:	الهاتف الرئيسي:	الهاتف الرئيسي:	مكتب آخر:
1.			
2.			

رقم الهاتف:

مقدم الرعاية الطبية:

لجنة الطلاب الفردي بظلك، يرجى إخطار المدرسة بأي تغييرات في المعلومات الشخصية طم، هذه البطاقة

موسم جديد يرجى استكمال جهة الاتصال الأخرى في

مكتب الصحة المدرسية العام الدراسي 2016-2017-لمسجل رقم

2016/4 مقاطعة سان فرانسيسكو المدرسية الموحدة-مبادرة دعم الطلاب والأسرة

والمجتمع-لائحة الإنجليزية Arabic 130705

B-7

لائحة دعم الطلاب والأسرة والمجتمع في مقاطعة سان فرانسيسكو المدرسية الموحدة

