

姓名: _____ (姓) _____ (名) _____ (中間名縮寫) 學號: _____

學校: _____ 年級: _____ 年齡: _____ 報到室: _____

出生日期:

--	--	--	--	--	--	--	--

 性別: 男 女

住址: _____ 公寓號: _____ 城市: _____

郵編: _____ 住宅電話: _____ 在家說的語言: _____

家長/監護人/看顧人姓名: _____		家長/監護人/看顧人姓名: _____	
住址: _____		住址: _____	
備註: _____		備註: _____	
主要電話: <input type="checkbox"/> 住宅電話 <input type="checkbox"/> 手提電話	工作電話: _____	主要電話: <input type="checkbox"/> 住宅電話 <input type="checkbox"/> 手提電話	工作電話: _____
其它電話: <input type="checkbox"/> 住宅電話 <input type="checkbox"/> 手提電話	電郵: _____	其它電話: <input type="checkbox"/> 住宅電話 <input type="checkbox"/> 手提電話	電郵: _____

孩子與誰居住: 母親 父親 看顧人/監護人 其他(請註明) _____

緊急聯絡人: 若發生緊急事故, 或上述學生在校感到身體不適/受傷, 而且學校無法聯絡到本人, 在此情況下, 本人謹此同意學校聯絡以下其中一人, 並把孩子托管於此人。

	姓名	關係	主要電話	其它電話
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____

孩子有醫療保險: 是 否 若是, 請列出醫保名稱: _____ 保單/會員號碼: _____

孩子的醫生: _____ 電話號碼: _____

為確保你孩子得到即時照顧, 此卡上的資料如有任何改變, 請通知學校。

*****重要: 請填寫詳細的醫療資料*****

姓名: _____ (姓) _____ (名) _____ (中間名縮寫)

沒有醫療問題 我子女被診斷有以下醫療狀況:
 哮喘 癲癇 糖尿病 是否需要胰島素? 是 否 過敏症 是否需要腎上腺素? 是 否

過敏症/對什麼過敏: _____ 上次發病時間: _____

你子女是否有其他重大的健康問題? 是(請列出) 否

1. _____ 2. _____

你子女是否有服用藥物? 是(請列出藥物名和服用次數) 否

藥物: _____ 次數: _____

藥物: _____ 次數: _____

就讀三藩市聯合校區的其他子女:

姓名	學校	年級

如果本人子女需要被送入急診, 他/她可被送去最近的醫院。本人授權學校為本人子女的安全和健康採取適當行動。

本人不同意

正如加州許多校區一樣, 三藩市聯合校區與加州衛生保健服務部合作, 參加了一項計劃, 令符合Medi-Cal資格的學生受惠醫療服務之餘, 本校區亦能獲得聯邦的經費回撥。該計劃除資助部份員工薪酬外, 還為服務所需設備提供經費。閣下在以下簽名, 即表示閣下同意我們代表你子女向州申請退還Medi-Cal之有關福利開銷(若你子女合資格參與此計劃)。閣下同意與否均不會招致任何費用責任或懲罰。這僅旨在授權校區獲得額外的政府資助。

本人不同意

本人同意三藩市聯合校區因申請 Medi-Cal 開銷回撥緣故, 發放本人子女的個人資料(如: 學生證號碼、姓氏、名字、出生日期、性別、住址、就讀學校、年級、特殊教育資料(IEP-個別教育計劃/IFSP-個別家庭服務計劃)), 包括透露本人子女曾參與的健康評估資料(如: 健康/營養、心理狀態、健康教育/預期指引、聽力、視力、身體發展等)。

本人盡我所能, 確保此緊急事故資料卡上所有資料真實和準確。本人同意以上各項聲明, 除非本人特別勾選不同意方格。

日期: _____

家長/監護人簽名: _____

*****重要: 請填寫詳細的醫療資料*****

姓名: _____