

Informacje awaryjne i zdrowotne ucznia

Nazwa szkoły: _____ Data: _____

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

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:

- opuszczonym mieszkaniu/budynku
 w samochodzie/parku/innym miejscu publicznym
 w hotelu/motelu
 w mieszkaniu innych osób lub rodziny
 w schronisku
 tymczasowo w rodzinie zastępczej

Note to School: If any box is checked, see the CPS Education of Homeless Children and Youth Policy (702.5).

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		
* E-mail *odpowiedz N/A jeśli niedostępny		
Nazwa i adres pracodawcy		
Numer telefonu do pracy		

Wymień krewnych lub sąsiadów, którzy mogą być kontaktowni w razie nagłych wypadków i mają Waszą zgodę na odbieranie ucznia ze szkoły:

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

Informacje poufne- Część 2

Czy uczeń posiada /jest chroniony aktualnie przez *Order of Protection* (nakaz ochrony) lub *No Contact Order* (zakaz kontaktu)? Tak Nie

Note to School: If "Yes" is checked, please follow the procedures of CPS Policy 704.4. Enter the information into the *Legal Alert* field and update contact information, as needed, in SIM.

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

Potwierdzam, że powyższa, wypełniony formularz zawiera prawdziwe informacje.

(Podpis Rodziców/Opiekunów)