



## ЛИЦА БЕЗ ПРАВА ДОСТУПА

Укажите лиц, **НЕ ИМЕЮЩИХ ПРАВА ДОСТУПА** к ребенку  
Представьте в школу копию охранного ордера (order of protection).

Имя и фамилия	Родство	Наличие охранного ордера	Срок вступления ордера в силу
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

## СВЕДЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ

Имя и фамилия врача / Название клиники: \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

- Аллерголог/Иммунолог  Кардиолог  Дерматолог  Специалист по развитию/коррекции поведения  
 Невропатолог  Пульмонолог  Др. \_\_\_\_\_

### Важная медицинская информация

Противопоказания к физической активности:  Да  Нет

Ограничения: \_\_\_\_\_  
(примеры: ходьба по лестницам, участие в уроках физкультуры)

### Установленные диагнозы (Отметьте все подходящие варианты.)

- Астма  Судорожные припадки  Аллергия/Анафилаксия  Диабет  Отсутствуют  Др. \_\_\_\_\_

### Аллергия (Отметьте все подходящие варианты.)

- Молоко  Яйца  Арахис  Древесные (другие) орехи  Рыба  
 Ракообразные  Соя  Пшеница  Др. \_\_\_\_\_

### Медицинское страхование ребенка (Отметьте все подходящие варианты.)

- Частная медицинская страховка  Медикейд  Не имеется

Если не имеется, разрешаете ли вы использовать контактные данные для получения информации о вариантах медицинского страхования?  Да  Нет

В неотложных случаях окончательное решение принимается школой.  
Вышеизложенные пожелания родителей будут по возможности учтены.

## БРАТЬЯ/СЕСТРЫ

Фамилия брата/сестры	Имя брата/сестры	Школа брата/сестры

## ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

- Отметив ячейку, я даю согласие на общение с волонтерами-избранниками школьного, окружного и общегородского родительского актива по вопросам, связанным с моим школьным сообществом.  
 Отметив ячейку, я даю согласие на передачу моих контактных данных волонтерам-избранникам школьного, окружного и общегородского родительского актива в целях получения информации, связанной с моим школьным сообществом.

**О любых изменениях в указанных здесь сведениях директор школы будет извещен в письменном виде**

Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_

## ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ / FOR OFFICE USE ONLY

Заполняется сотрудниками школы. / To be completed by school staff only.

Grade \_\_\_\_\_ Class \_\_\_\_\_ Room No. \_\_\_\_\_ Teacher \_\_\_\_\_

List below contacts made for emergency, illness or injury.

Relevant records from Health Record \_\_\_\_\_

Date	Contact	Reason	Disposition