



**學生緊急照顧資料**

萬一有緊急情況，學校人員將打 911。  
我們將盡力同學生父母/監護人或指定的緊急聯絡人聯系。

學生情況				
姓:	名:	中名:	出生日期:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
所在學校:	學生証號.:	教師或諮詢教師:		校車號碼(上午):
<input type="checkbox"/> 學生檔案中有學生緊急情況警告信息。請見第二頁上的詳細介紹。				

**家長/監護人聯係信息**

在緊急情況下，和學生一起居住的父母，繼父母或監護人有權就學生的狀況做出決定，並把學生從學校接回，除非法庭文件或其他法律文件做出其他規定。向學校提供一份文件副本是家長的責任。

姓:	名:	中名:	電話
門牌號:	街道:	單元號:	住宅:
城市:	州:	郵編:	單位:
其他:			
關係:	<input type="checkbox"/> 是否同居	語言:	電郵:

姓:	名:	中名:	電話
門牌號:	街道:	單元號:	住宅:
城市:	州:	郵編:	單位:
其他:			
關係:	<input type="checkbox"/> 是否同居	語言:	電郵:

姓:	名:	中名:	電話
門牌號:	街道:	單元號:	住宅:
城市:	州:	郵編:	單位:
其他:			
關係:	<input type="checkbox"/> 是否同居	語言:	電郵:

姓:	名:	中名:	電話
門牌號:	街道:	單元號:	住宅:
城市:	州:	郵編:	單位:
其他:			
關係:	<input type="checkbox"/> 是否同居	語言:	電郵:

**其他聯絡信息**

請列出在我們無法同家長或監護人聯係的情況下我們可以聯絡的四個人。這些人已經獲得您的授權，在孩子出現緊急情況的時候做出決定，把孩子從學校接走。

姓名	關係	語言	電話
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\* 請繼續填寫第二頁。





### 學生緊急照顧資料

萬一有緊急情況，學校人員將打 911。  
我們將盡力同學生父母/監護人或指定的緊急聯絡人聯系。

學生情況				
姓:	名:	中名:	出生日期:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
所在學校:	學生証號:	教師或諮詢教師:	校車號碼(上午):	校車號碼(下午):

**上學前和放學後照料** (如果對您適用, 請填寫)。這個人已經得到您的授權, 可以從學校里把孩子接走。

提供照料的人的姓名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

**是否有兄弟姐妹在同一所學校就讀** (如果對您適用, 請填寫)。

姓名: \_\_\_\_\_

### 目前健康狀況

請在下面勾出任何在校期間可能出現的健康問題。如果您孩子的健康有問題, 需要學校人員加以注意的話, 請您另外再填寫健康表格 SS/SE-71。請閱讀下面註明的保存在學生檔案中的緊急情況警告信息。

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 過敏 (請詳細說明)                        | <input type="checkbox"/> 血有病                              |
| <input type="checkbox"/> 食物 _____                          | <input type="checkbox"/> 身體殘障 (請說明) _____                 |
| <input type="checkbox"/> 藥物 _____                          | <input type="checkbox"/> 呼吸道問題 (請說明) _____                |
| <input type="checkbox"/> 蜜蜂/昆蟲螫 _____                      | <input type="checkbox"/> 其他 (請說明) _____                   |
| <input type="checkbox"/> 其他 _____                          |   |
| <input type="checkbox"/> 氣喘                                | <input type="checkbox"/> 癲癇病                              |
| <input type="checkbox"/> 癌症                                | <input type="checkbox"/> 視力問題 (請說明) _____                 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病                               | <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 隱形眼鏡 |
| <input type="checkbox"/> 聽覺問題 <input type="checkbox"/> 助聽器 | <input type="checkbox"/> 其他 (請說明) _____                   |
| <input type="checkbox"/> 心臟問題 (請詳細說明) _____                |   |

請列出您孩子不間斷服用的藥品和劑量:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 存放在學生檔案中的緊急情況警告信息

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 醫生資料

為我孩子提供醫療照料的是: \_\_\_\_\_ (醫生姓名, 診所, 或 HMO) \_\_\_\_\_ (電話)

為我孩子提供醫療保險的是: \_\_\_\_\_ (醫療保險公司, 協助項目, HMO, 等.) \_\_\_\_\_ (電話)

我授權, 在緊急情況下, 如果學校無法聯絡到我, 可以把我的孩子送到最近的醫院的急診室。我同時授權醫院及其醫務人員為了孩子的健康而提供醫生認為必要的治療。

家長或監護人簽字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_