

不可接觸

如果有人是不可以接觸您子女的，請列明：
請向您子女的學校遞交保護令的副本。

姓名	關係	是否有保護令？	法庭令的有效日期
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

健康資料

醫生姓名/診所名稱： _____ 電話 _____

- 過敏症專科醫生/免疫學家 心臟科專家 皮膚科醫生 發展/行為專家
 神經科醫生 肺科醫生 其他 _____

需注意的健康問題

您的子女是否有任何可能影響其參與體育活動的健康狀況？ 是 否

身體受限情況 _____
(例如：爬樓梯、參加體育課)

已知的診斷 (請勾選所有適用選項)

- 哮喘 癩癩 過敏/過敏性反應 糖尿病 沒有 其他 _____

過敏 (請勾選所有適用選項)

- 牛奶 雞蛋 花生 樹生堅果(其他堅果) 魚
 貝殼類生物 大豆 小麥 其他 _____

我的子女有(在適用的方格內打X)： 私人健康保險 Medicaid(醫療補助) 沒有私人健康保險

如果「沒有醫療保險」，您是否願意將此卡上自己的聯絡資料告訴有關方面，以便了解醫療保險的選擇？ 是 否

在出現緊急情況時，將依照校方的判斷作為最終處理辦法。
家長在上面給出的建議將儘可能得到配合。

兄弟姐妹

兄弟姐妹的姓氏	兄弟姐妹的名字	兄弟姐妹就讀的學校

家長/監護人簽名

- 在這方格上打勾，表示我同意讓當選的學校、學區和/或全市的家長領導者義工就有關活動、更新、與我學校社區相關的其他事宜跟我聯絡。
 在這方格上打勾，表示我同意可以將我的聯絡資訊告知當選的學校、學區和/或全市的家長領導者義工，這樣我可以得到活動和與我學校社區相關的其他事宜的更新消息。

這張卡上如有任何資料的更改，校長會收到書面通知

家長/監護人簽名 _____

FOR OFFICE USE ONLY/僅供工作人員填寫

To be completed by school staff only/僅由學校職員填寫

Grade _____ Class _____ Room No. _____ Teacher _____

List below contacts made for emergency, illness or injury.

Relevant records from Health Record _____

Date	Contact	Reason	Disposition