

접근 안됨

자녀에게 접근해서는 안되는 인물이 있다면 아래 칸에 적어주십시오:
자녀의 학교에 접근 금지 조치(order of protection) 사본을 제출하십시오.

학교명	관계	접근 금지 조치가 있습니까?	법원 명령 유효 날짜
		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

건강 정보

주치의/병원 이름: _____ 전화번호 _____

알레르기/면역 전문의 심장전문의 피부과 전문의 발달/행동 전문가
 신경과전문의 호흡기 내과 전문의 기타 _____

건강상 주의사항

이 학생이 신체 활동에 참여하는데 영향을 주는 건강 문제가 있습니까? 예 아니오

제한 _____
(계단 오르기, 체육 수업 참여 등)

이미 알고있는 진단 (해당되는 것 모두 선택)

천식 간질 알레르기/아나필락시스반응 당뇨 없음 기타 _____

알레르기 (해당되는 것 모두 선택)

우유 달걀 땅콩 나무 열매(기타 견과류) _____ 생선
 갑각류 콩류 밀 기타 _____

제 자녀의 보험(해당되는 것에 X 표시): 사보험 Medicaid 보험 없음

건강 보험이 없으시다면 보험에 관련된 정보를 얻기 위해 본 카드의 연락처를 공유하시겠습니까? 예 아니오

비상 사태의 최종 재량은 학교의 판단이 우선될 것이라는 점을 이해합니다.
학부모의 추천 내용은 가능한 존중될 것입니다.

형제자매

형제자매의 성	형제자매의 이름	형제자매 재학 학교

학부모/보호자 서명

- 이 박스를 선택함으로써 저는 행사, 업데이트, 기타 학교 커뮤니티 관련 사안으로 선출된 학교, 학군 및/또는 뉴욕시 학부모 리더 자원봉사자가 저에게 연락하는 것에 동의합니다.
- 이 박스를 선택함으로써 저는 행사 및 기타 학교 커뮤니티 관련 사안에 대해 연락받을 수 있도록 선출된 학교, 학군 및/또는 뉴욕시 학부모 리더 자원봉사자에게 내 연락 정보를 공유하는 것에 동의합니다.

이 카드에 기재하신 내용에 변화가 있다면 반드시 학교장에게 서면으로 알려주셔야 합니다.

학부모/보호자 서명

업무용(FOR OFFICE USE ONLY)

학교 담당자 작성 / 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