



## STUDENT EMERGENCY FORM 學生緊急聯絡表格

僅限辦公室人員使用

學生證 #

重返SCUSD學區的學生

學年

## DEMOGRAPHIC INFORMATION 人口統計信息

Student Legal Last Name 學生法定姓氏	Legal First Name 法定名字	Legal Middle Name 法定中間名字	Gender 性別 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	Grade 年級	DOB 出生日期
Nickname (別名):	Preferred Gender Pronoun (性別選擇):	Previous School Attended: 舊學校名字			

## TRANSPORTATION AND RELATED INFORMATION 校車接送和相關的信息

如果您孩子有乘校車，請在下面方框打勾。  
 從家到學校     從學校回家    校車 # \_\_\_\_\_  
 托兒服務機構: \_\_\_\_\_  
 電話 #1: \_\_\_\_\_ 電話 #2: \_\_\_\_\_

**PARENT EDUCATION 家長教育:** 請在下面方框打勾那是最能描述家長/監護人的最高教育水平。

不是高中畢業     高中畢業     一些大學 (包括AA學位)     大學畢業     研究生或以上學歷

**PRIMARY HOUSEHOLD: 主要家庭:** 學生主要家居地址

Primary Household Address (學生主要居住地址):

家長/ 監護人	Full Legal Name 法定全名:	出生日期:	電郵:
家庭電話:	手機:	工作電話:	
家裡其他成年人 法定全名:	出生日期:	電郵:	
	手機:	工作電話:	

**SECONDARY HOUSEHOLD 第二次要家居:** \*只需填寫下面如果父母是居住在不同地址。

Secondary Household Address (學生第二次要家居地址):

次要家長/ 監護人	Full Legal Name 法定全名:	出生日期:	電郵:
次要家庭電話:	手機:	工作電話:	
次要家庭裡其他成年人的法定全名:	出生日期:	電郵:	
	手機:	工作電話:	

**AUTOMATED MESSENGER CONTACT INFORMATION: 自動收信聯繫人:** 自動收到消息的聯繫人。

	出勤	品行	一般情況	教師	當務之急
主要家長/ 監護人電郵:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
主要家長/ 監護人家庭電話:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
主要家長/ 監護人手機:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
主要家長/ 監護人工作電話:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次要家長/ 監護人電郵:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次要家長/ 監護人家庭電話:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次要家長/ 監護人手機:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
次要家長/ 監護人工作電話:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NON-HOUSEHOLD EMERGENCY CONTACTS: 非家庭成員緊急聯繫人:** 書面授權或口頭許可這些聯繫人接送和照顧學生。

全名:	出生日期:	與學生的關係:	主要聯絡電話:
全名:	出生日期:	與學生的關係:	主要聯絡電話:
全名:	出生日期:	與學生的關係:	主要聯絡電話:

請閱讀: 加州教育法典49408指出學區可以要求最新的學生緊急資料。家長/監護人如有任何改變請以書面在三天內通知學校, 有關電話或地址的改變。如果學校在緊急情況下無法聯繫表格上任何人, 或如果學生在非上課時間無人看管, 學校將聯繫執法部門或兒童保護服務部門處理。

家長/監護人請縮寫簽名: \_\_\_\_\_

Version 6 5.27.16

## HEALTH AND EMERGENCY INFORMATION 健康和緊急資料

- Check here if student has **NO KNOWN HEALTH PROBLEMS**. (請打勾如果學生健康沒有問題)
- Check here if student has **KNOWN HEALTH PROBLEMS and check all that apply below**. (健康有問題)
- ADD/ADHD (過度活躍症)                       Heart Problems (心臟問題)                       Seizures (癲癇發作)  
 Asthma (哮喘)                                       Diabetes (糖尿病)                      \_\_\_ Type I \_\_\_ Type II  
 SEVERE Allergy to (嚴重過敏) : \_\_\_\_\_  Other(其它): \_\_\_\_\_  
 用Epi-Pen

Check here if student wears glasses/contact lenses.  
(請打勾如果學生要戴眼鏡)

Check here if student has hearing loss or uses hearing aids.  
(請打勾如果學生聽覺有問題或要用耳機)

Does student have a condition that limits participation in 學生是否有在參與活動時有限制情況:

- Classroom (在課室)                       Physical Education (在運動堂上)

**Explain(解釋):**

列出孩子使用的所有藥物(包括份量), 並註明是否需要在家裡, 學校, 或兩處都要用藥。注意: 加州教育法 49423規定, 如果是在學校內進行食用藥物, 學校必須有授權文件指示如何用藥, 及家長和醫生雙方簽字。家長或監護人應通知學校護士或指定的持證人員有關服用的藥物。

AT HOME (在家) \_\_\_\_\_

AT SCHOOL (在學校) \_\_\_\_\_

### WHAT SPECIAL SERVICES DOES YOUR CHILD RECEIVE?

**您孩子有接受什麼特殊服務? (打勾所有適合項目)**

- Resource (RSP) 特別資源教育計劃     504計劃     Speech & Language 語音和語文治療     Gifted (GATE)天才班  
 Special Day Class (SDC)特殊教育班     IEP個別教育計劃     English Learner Support 英語學習支援     NONE 沒有

**Special Instructions/Comments (Medical 504 Plan, special health needs, emergency care plan, etc.):**

特別說明/意見 (504醫療計劃, 特殊健康需求, 緊急護理計劃等):

### **EMERGENCY AUTHORIZATION 緊急情況授權**

在緊急情況下, 當家長/監護人不可以聯絡上, 我授權學校人員做出安排, 讓我孩子接受醫療/醫院護理, 包括必要的交通, 根據學校人員最佳的判斷。我進一步授權下文所指的醫生承擔照顧我孩子, 據醫生認為必要的。在緊急情況下不找到醫生, 我授權由執業醫師或外科醫生進行護理和治療我孩子。我了解, 家長或監護人要負責這種緊急護理費用。

Physician Name醫生姓名 \_\_\_\_\_ Phone電話 \_\_\_\_\_ Pager呼叫器 \_\_\_\_\_

Emergency Facility and Phone Number (緊急設施醫院和電話號碼) \_\_\_\_\_

學生有沒有健康保險?     Yes 有     No沒有                      學生有沒有牙齒保險?     Yes 有     No沒有

保險公司或健康計劃提供者: \_\_\_\_\_ 學生醫療號碼: \_\_\_\_\_

如果沒有健康和牙齒保險, 本人同意SCUSD學區幫助我孩子申請健康保險。     Yes 好     No 不

所提供的資料是準確的, 以我所知, 及明白我責任。

**Legal Name/Signature of Parent/Guardian Registering Student**

家長/監護人即註冊人的法定姓名/簽名

**Relationship to Student**

與學生的關係

**Date**

日期