STUDENT EMERGENCY FORM

CÁC HỌC SINH TRỞ LẠI HỌC KHU SACRAMENTO

For Office Use Only
Student ID #

Năm Học_____

TIN TỨC CÁ NHÂN

Họ của học sinh	Tên của Học Sinh	Tên Lót	Giới tính	Lớp	DOB
			☐ Nam ☐ Nữ		

Nickname:	**Cách gọi giới tính ưa thích:**	**Trường theo học trước đây:**

CHUYÊN CHỞ VÀ TIN TỨC LIÊN QUAN

Đánh dấu vào ô bên dưới nếu con quí vị đi xe buýt.
☐ Tới Trường ☐ Trở về nhà xe buýt # _____

Người giữ trẻ:_____
Điện thoại #1: _____ Điện thoại #2: _____

TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN CỦA PHỤ HUYNH: Đánh dấu vào ô mô tả trình độ học vấn cao nhất của phụ huynh/người giám hộ.

☐ Chưa tốt nghiệp Trung Học ☐ Tốt nghiệp trung học ☐ Một số trường Cao Đẳng (bao gồm Bằng AA)
☐ Tốt nghiệp Đại Học ☐ Tốt nghiệp Cao Học hay Cao Hơn

CHỦ HỘ CHÍNH THỨC: *Đây là địa chỉ nơi học sinh đang cư ngụ **chính thức**.*

Địa chỉ chủ hộ chính thức:			
Phụ huynh/giám hộ	Họ & tên:	DOB:	Email:
Điện thoại nhà:	ĐT di động:		ĐT Công Sở:
Tên thành viên khác trong hộ gia đình:		DOB:	Email:
	ĐT di động:		ĐT Công Sở:

CHỦ HỘ THỨ HAI: **Hoàn tất phần địa chỉ **CHỈ** nếu phụ huynh **không** sống trong cùng một hộ gia đình.*

Địa chỉ chủ hộ thứ hai:			
Phụ huynh/giám hộ	Họ & tên:	DOB:	Email:
Điện thoại nhà:	ĐT di động:		ĐT Công Sở:
Tên thành viên khác trong hộ gia đình:		DOB:	Email:
	Cell Phone:		Work Phone:

TIN TỨC LIÊN LẠC DÙNG TIN NHẮN TỰ ĐỘNG: Đánh dấu để *nhận tin nhắn tự động*.

	Chuyên cần	Hạnh Kiểm	Tổng Quát	Giáo Viên	Ưu Tiên
Địa chỉ email của chủ hộ chính thức	☐	☐	☐	☐	☐
Điện thoại nhà của chủ hộ chính thức	☐	☐	☐	☐	☐
ĐT Di Động của chủ hộ chính thức	☐	☐	☐	☐	☐
ĐT Công Sở của Chủ hộ chính thức	☐	☐	☐	☐	☐
Địa chỉ email của chủ hộ thứ hai	☐	☐	☐	☐	☐
Điện thoại nhà của chủ hộ thứ hai	☐	☐	☐	☐	☐
ĐT Di Động của chủ hộ thứ hai	☐	☐	☐	☐	☐
ĐT Công Sở của chủ hộ thứ hai	☐	☐	☐	☐	☐

NGƯỜI LIÊN LẠC KHẨN KHÔNG THUỘC HỘ GIA ĐÌNH: ***Được ủy quyền để đón và giữ học sinh với sự cho phép bằng lời hay văn bản***

Tên:	DOB:	Mối liên hệ với học sinh:	Số điện thoại:
Tên:	DOB:	Mối liên hệ với học sinh:	Số điện thoại:
Tên:	DOB:	Mối liên hệ với học sinh::	Số điện thoại:

XIN ĐỌC: Điều Luật Giáo Dục Cali số 49408 phát biểu rằng các học khu có thể yêu cầu tin tức khẩn phải được giữ hiện hành. Phụ huynh/người giám hộ chịu trách nhiệm thông báo cho nhà trường, bằng văn bản, việc thay đổi số điện thoại hay địa chỉ trong vòng ba (3) ngày kể từ khi có sự thay đổi. Nếu nhà trường không thể liên lạc bất kỳ ai trong mẫu đơn này trong trường hợp khẩn hay nếu học sinh bị bỏ rơi không được giám sát sau giờ học, nhà trường sẽ liên lạc với cảnh sát hay Dịch Vụ Bảo Vệ Trẻ Em.

Chữ Ký tắt của Phụ Huynh/Giám Hộ:_____

TIN TỨC KHẨN VÀ SỨC KHOẺ

☐ **Đánh vào ô nếu học sinh KHÔNG CÓ VẤN ĐỀ GÌ VỀ SỨC KHOẺ.**

☐ **Đánh vào ô nếu học sinh CÓ VẤN ĐỀ VỀ SỨC KHOẺ và đánh vào tất cả các ô bên dưới nếu có.**

☐ ADD/ADHD ☐ Bệnh về Tim Mạch ☐ Động Kinh

☐ Suyễn ☐ Tiểu đường ___Loại I ___Loại II

☐ Dị ứng NGHIÊM TRỌNG với: _____ ☐Mục khác: _____

☐ Epi-Pen

☐ Đánh vào đây nếu học sinh đeo kính/kính áp tròng.	☐ Đánh vào đây nếu học sinh bị mất thính lực hay có trợ thính.

Học sinh có bị giới hạn trong việc theo học: ☐ Trong lớp ☐ Môn Thể Dục

Giải Thích:

Liệt kê tất cả các loại thuốc uống (gồm liều lượng) mà con quí vị đang uống và cho biết loại thuốc nào uống tại nhà, tại trường hay cả hai. *Lưu ý: Luật Giáo Dục Cali số 49423 yêu cầu nếu con quí vị cần uống thuốc tại trường, cần nộp một mẫu đơn xin uống thuốc có chữ ký của cả cha mẹ và vị bác sĩ. Phụ huynh hay người giám hộ cần thông báo cho y tá trường hoặc nhân viên y tế có giấy chứng nhận được chỉ định biết về loại thuốc cần uống.*

TẠI NHÀ _____

TẠI TRƯỜNG _____

HỌC **SINH ĐANG NHẬ**N DỊCH VỤ **ĐẶ**C BIỆT NÀO? (**Đá**nh vào tất cả các ô nếu có)

☐ Resource (RSP) ☐ 504 ☐ Diễn Đạt & Ngôn Ngữ ☐ Năng khiếu (GATE)

☐ Lớp Ngày Đặc Biệt (SDC) ☐ IEP ☐ Hỗ Trợ Học Sinh EL ☐ NONE

Phương Pháp Giảng Dạy Đặc Biệt/Các Đề Nghị (Kế Hoạch sức khoẻ 504, nhu cầu y tế đặc biệt, kế hoạch chăm sóc khẩn cấp, v.v.):

ỦY QUYỀN TRONG TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU

Trong trường hợp cấp cứu, khi phụ huynh/người giám hộ không có mặt, tôi ủy quyền cho nhân viên trường sắp xếp cho con tôi nhận sự chăm sóc y tế hay bệnh viện, gồm cả phương tiện chuyên chở cần thiết, theo sự đánh giá tốt nhất của họ. Tôi xin ủy quyền thêm cho vị bác sĩ có tên bên dưới để tiến hành chăm sóc cho con tôi, khi điều đó là cần thiết nhất. Trong tình huống vị bác sĩ được nêu tên không có mặt, tôi uỷ quyền việc điều trị và chăm sóc như vậy cho một vị bác sĩ hay bác sĩ phẫu thuật có bằng cấp thực hiện. Tôi hiểu rằng phụ huynh hay người giám hộ chịu trách nhiệm về chi phí cấp cứu y tế này.

Tên Bác Sĩ _____ Số ĐT _____ Pager _____

Phòng Cấp Cứu và Số Điện Thoại _____

Học sinh này có bảo hiểm y tế không? ☐ Có ☐ Không **Học sinh này có bảo hiểm nha khoa không?** ☐ Có ☐ Không

Tên Nhà Cung Cấp Kế Hoạch Y Tế hay Bảo Hiểm: _____ Số Hồ Sơ Bảo Hiểm của học sinh: _____

Nếu không có, tôi cho phép SCUSD chi xẻ tin tức này để giúp xin bảo hiểm y tế cho con tôi. ☐Có ☐Không

Tin tức cung cấp thì chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, và tôi xin chịu trách nhiệm.

_____

Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ Ghi Danh cho Học Sinh ***Mối Quan Hệ với Học Sinh*** ***Ngày***