

НЕМАЄ ДОСТУПУ

Якщо є особа, яка **МОЖЕ НЕ МАТИ ДОСТУПУ** до дитини, будь ласка, вкажіть:
Просимо надати копію наказу про захист у школу вашої дитини.

Ім'я	Родинний зв'язок	Чи існує наказ про захист?	Дата набрання чинності судового наказу
		☐ Так ☐ Ні	

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

Назва лікаря/клініки: _____ Телефон: _____

- ☐ Алерголог/Імунолог ☐ Кардіолог ☐ Дерматолог ☐ Спеціаліст з розвитку/поведінки
☐ Невролог ☐ Пульмонолог ☐ Інше _____

Сповідання про стан здоров'я

Чи має дитина якісь захворювання, які можуть вплинути на участь у фізичній діяльності? ☐ Так ☐ Ні

Обмеження _____

(наприклад, підйом сходами, відвідування спортзалу)

Відомі Діагнози (будь ласка, позначте все, що підходить)

- ☐ Астма ☐ Судоми ☐ Алергія/Анафілаксія ☐ Діабет ☐ Не обрано ☐ Інше _____

Алергія (Виберіть усі відповідні варіанти)

- ☐ Молоко ☐ Яйця ☐ Арахіс ☐ Деревні горіхи (інші горіхи) _____ ☐ Риба
☐ Морепродукти ☐ Соя ☐ Пшениця ☐ Інше _____

Моя дитина має (позначте X будь-які відповідні пункти): ☐ Приватне медичне страхування ☐ Медична допомога
☐ Немає медичного страхування

Якщо «Немає медичного страхування», чи готові ви поділитися контактною інформацією з цієї картки, щоб дізнатися про варіанти страхування? ☐ Так ☐ Ні

Зрозуміло, що при остаточному вирішенні надзвичайної ситуації переважну силу матиме рішення шкільної адміністрації.
Зазначена вище рекомендація батьків буде врахована максимально.

БРАТИ/СЕСТРИ

Прізвище брата/сестри	Ім'я брата/сестри	Школа, яку відвідує брат/сестра

ПІДПИС БАТЬКІВ/ОПІКУНІВ

- ☐ Поставивши відмітку в цьому полі, я погоджуюся на те, що обрані волонтери-батьківські лідери школи, округу та/або міста зв'язуватимуться зі мною щодо подій, актуальних змін та інших питань, пов'язаних із моєю шкільною громадою.
- ☐ Поставивши відмітку в цьому полі, я погоджуюся з тим, що моя контактна інформація може бути передана обраним волонтерам-батьківським лідерам школи, округу та/або міста, щоб я міг бути в курсі подій та інших питань, пов'язаних із моєю шкільною громадою.

Директор буде повідомлений письмово про будь-які зміни
інформації у цій картці

Підпис батьків/опікунів _____

ЛИШЕ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ

Заповнюється лише співробітниками школи.

Клас _____ Курс _____ Номер кімнати _____ Вчитель _____

Зазначте нижче контактні дані, встановлені для надзвичайних ситуацій, хвороби чи травми.

Відповідні записи з медичної картки _____

Дата	Контактна особа	Причина	Вирішення