



ШКІЛЬНИЙ ОКРУГ № 401 М. ЕЛМВУД-ПАРК
ФОРМА ДАНИХ ПРО УЧНЯ НАВЧАЛЬНИЙ РІК 2014-2015

Інформація про учня (друкованими літерами)

Прізвище: _____

Ім'я: _____

По батькові: _____

Адреса: _____ Елмвуд-Парк, Іллінойс
60707

Домашній телефон: _____

Дата народження: _____ Електронна адреса учня: _____

Місце народження (місто, штат, країна): _____

Школа: _____ Клас: _____

Перший раз у школі в США (Будь ласка, обведіть): ТАК НІ

Учень проживає з (відзначте все, що підходить):

обома батьками	матір'ю	батьком
мачухою	вітчимом	у прийомній сім'ї
Інше	опікуном	

Сімейний стан батьків (відзначте одне):

Одружені	розведені	розлучені за рішенням суду
неодружен(а)	вдова / вдівець	інше

Інформація про батьків / опікунів (будь ласка, у разі надзвичайної ситуації вкажіть нерідних матір і батька в графі Інформація в разі надзвичайної ситуації на зворотній стороні).

Ім'я та прізвище батька: _____

Адреса батька (якщо відрізняється від адреси учня): _____

Номер телефону в робочий час: _____ Номер мобільного телефону: _____
_____ Електронна адреса: _____

Перегорнути сторінку

Ім'я та прізвище матері: _____

Адреса матері (якщо відрізняється від адреси учня): _____

Дівоче прізвище матері: _____

Номер телефону в робочий час: _____ Номер мобільного телефону: _____
Електронна адреса: _____

Ім'я опікуна (якщо відрізняється від імені матері / батька): _____ Ступінь спорідненості: _____

Номер телефону в робочий час: _____ Номер мобільного телефону: _____
Електронна адреса: _____

Брати та сестри (які відвідують школи округу 401)

Ім'я	Школа	Клас

ІНФОРМАЦІЯ В РАЗІ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ (повинна відрізнятися від вищевказаної інформації)

Контакт № 1, ім'я та прізвище: _____

Ступінь спорідненості з учнем: _____

Номер телефону в робочий час: _____ Номер мобільного телефону: _____

Контакт № 2, ім'я та прізвище: _____

Ступінь спорідненості з учнем: _____

Номер телефону в робочий час: _____ Номер мобільного телефону: _____

Вказати захворювання

Ліки	Алергії	Захворювання

Дозвіл на надання медичної допомоги:

Як мати / батько або опікун я дозволяю, щоб кваліфікований і ліцензований лікар надав медичну допомогу неповнолітній дитині, указаній у цій формі, у разі невідкладного стану, який, на думку лікаря, у разі затримки може поставити під загрозу його або її життя, викликати каліцтва, фізичні вади або надмірний дискомфорт. Дозвіл надається тільки після того, як зроблено розумні спроби зв'язатися зі мною. Необхідну першу допомогу можна надати в школі. Цей дозвіл заповнений та підписаний мною з власної волі з єдиною метою дозволити надання медичної допомоги за надзвичайних обставин у мою відсутність.

Підпис матері / батька або опікуна: _____ Дата: _____
