



نام دانش آموز _____ مدرسه _____ تاریخ _____

اطلاعات کلی

این است _____ در حال برنامه ریزی سفر به _____
 هدف از سفر _____
 مقصد سفر _____ شماره تلفن _____
 آدرس _____ محل سکونت _____
 ما از آن خارج خواهیم شد _____ در _____
☐ AM ☐ PM در _____ (تاریخ) _____
 در _____ (تاریخ) _____ ما در روز (روز) به مدرسه باز می گردیم _____ (تاریخ) _____
 در _____ ☐ AM ☐ PM برنامه سفر متصل شده است ☐ ☐ AM ☐ PM
 هست موارد نیاز پیوسته شده است ☐ ☐ AM ☐ PM

نوع حمل و نقل

خودرو ناحیه ☐ حمل و نقل تجاری ☐ اتوبوس ناحیه ☐ دیگر (توضیح) ☐ : _____

اطلاعات پزشکی

لطفاً هر گونه بیماری فعلی یا نگرانی مربوط به سلامتی دارید را به ما اطلاع دهید تا بتوانیم مطمئن شویم که کارکنان مراقبت های بهداشتی ناحیه مدرسه اقدامات لازم را انجام می دهند و خدمات افی برای شما ارائه میشود. لطفاً در پایین لیست بیمارهای خود را برای مثال، حساسیت ، قند خون، صرع، آسم، و هر نوع بیماری دیگر را فهرست کنید .

آیا دانش آموز شما به داروهای تجویز شده یا بدون نسخه مرتبط با وضعیت سلامتی خود نیاز دارد؟ بلی (آره) ☐ نه ☐
 اگر دانش آموزی به داروهای تجویز شده یا بدون نسخه نیاز دارد، باید فرم HS 500 را با امضای ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی خود ارسال کنید. این فرم در دفتر اصلی مدرسه یا وب سایت منطقه موجود است
 آیا دانش آموز شما به کمک کرم ضد آفتاب یا دافع حشرات نیاز دارد؟ بلی (آره) ☐ نه ☐
 بیمه درمانی؟ بلی (آره) ☐ نه ☐ نام درمانگاه : _____
 بیمه ی دندان پزشکی ؟ بلی (آره) ☐ نه ☐ نام درمانگاه : _____
 بیمه حوادث دانشجویی توصیه می شود. خدمات پزشکی و برنامه های کم هزینه در www.myers.stevens.com موجود است
 نام دکتر ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی / کلینیک ترجیحی : _____ تلفن : _____
 نام دکتر دندانپزشک/ مطب مورد نظر دندانپزشکی : _____ تلفن : _____

انتشار رات پزشکی

در صورت بروز حادثه یا بیماری متوجه می شوم که هیت معقول برای تماس با والدین/سرپرست بلافاصله صورت می گیرد.
 با این حال اگر در دسترس نیستم به بخش مدرسه اجازه می دهم در صورت نیاز از خدمات درمانی اضطراری در امان باشم.

اگرچه می فهمم که منطقه مدرسه برای فراهم آوردن محیطی امن، آسیب های منطقی ایجاد خواهد کرد، اما به طور کامل از خطرات و خطرات ویژه ای که در شرکت در فعالیت از جمله آسیب های جسمی و/ای مرگ نهفته است آگاه هستم. اب آگاهی کامل از خطرات

بنده در این مورد موافقت خود را برای (دانشجو): _____ برای شرکت در فعالیت.

تلفن روز _____ نام پدر و مادر / ننگهبان : _____

تلفن عصرانه : _____ آدرس منزل : _____

تلفن حالت اضطراری: _____ تماس اضطراری : _____

تاریخ: _____ امضا پدر و مادر/سرپرست : _____

امضا پدر و مادر/ سرپرست دانشجو و تایید فعالیت شرح داده شده در بالا را تجدید می کند .

این فرم باید قبل از اینکه دانش آموز در فعالیت شرکت کند به مدرسه برگردانده شود .