学生:		学校:		学年:
年级:	班级编号:	校车号 #	学生编号#	

CHRISTINA SCHOOL DISTRICT

家长/监护人必须在所有标色部分签名

仅供学校使用:		法定监护人/照顾者	
ID #:		已在学生数据库	
出生证明:		已申请记录:	
疫苗接种记录:		年级接种:	

学生注册/紧急情况卡

根据特拉华州公共卫生局（DPH）、美国疾控中心（CDC）和世界卫生组织（WHO）的最新新冠病毒防疫指导方针，本学年学校将遵循相关规定。.

学生信息					
年级:		该学生是否曾在特拉华州的公立或特许学校注册过？		☐ 是 ☐ 否	
名字:			性别:	☐ 男 ☐ 女	
中间名字:			出生日期:		
姓:			家庭电话:		非公开电话?: ☐ 是 ☐ 否
辈分:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V				

种族与族裔认定

该学生是否为西班牙裔或拉丁裔？（请选一个）包括古巴、墨西哥、波多黎各、南美或中美洲及其他西语文化背景者 ☐ 是 ☐ 否

请勾选学生的种族。无论族裔的认定，至少选一个，可多选。

☐美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ☐ 黑人或非洲裔美国人 ☐ 白种人 ☐ 亚洲人 ☐ 夏威夷原住民或太平洋岛民

地址: 若家庭住址和邮寄地址不同，请指明。

家庭地址		邮寄地址 跟家庭地址相同? ☐ 是 ☐ 否	
公寓号 #:		公寓号 #:	
地址:		地址:	
住宅区:		住宅区:	
城市/州/邮编:		城市/州/邮编:	

家长/监护人联系信息				
名字:		与学生的关系	☐ 母亲 ☐ 父亲 ☐ 继母 ☐ 继父 ☐ 法定监护人 ☐ 其他 (请说明):	
中间名:				
姓:				
辈分:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	是否同住:	☐ 是 ☐ 否	
公寓号 #:		手机号码:		
街道地址:		家庭电话号码:		非公开电话? ☐ 是 ☐ 否
住宅区:		工作电话号码:		
城市:		出生日期:		
州/邮编:		雇主:		
请提供一个电子邮箱:				
电子邮箱:				

名字:		与学生的关系	☐ 母亲 ☐ 父亲 ☐ 继母 ☐ 继父 ☐ 法定监护人 ☐ 其他 (请说明):	
中间名:				
姓:				
辈分:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	是否同住:	☐ Yes ☐ No	
公寓号 #:		手机号码:		
街道地址:		家庭电话号码:		非公开电话? ☐ 是 ☐ 否
住宅区:		工作电话号码:		
城市:		出生日期:		
州/邮编:		雇主:		
请提供一个电子邮箱:				
电子邮箱:				

紧急联络人信息: **必须年满 18 岁或以上。**

在无法联系到家长/监护人时，将联系以下人员：	名字:		名字:	
	姓:		姓:	
	关系:		关系:	
	地址:		地址:	
	市/州/邮编:		市/州/邮编:	
	手机号码:		手机号码:	
	家庭电话号码:		家庭电话号码:	
	工作电话号码:		工作电话号码:	

学生:		学生编号：

特殊监护信息: 若孩子与亲生父母不同住，请说明。		补充信息	
姓名:		学生是否被开除过？	☐ 是 ☐ 否
关系:		是否曾参加资优项目？	☐ 是 ☐ 否
学生是否有监护权文件？☐ 是 ☐ 否		您的孩子是否有所需的文件:	
（如有，请提供副本存档）		个别教育计划 IEP？	☐ 是 ☐ 否
		504 辅助计划?	☐ 是 ☐ 否

教育背景: 请列出最近就读的学校 （包括幼儿园）。	
个人姓名或项目名称:	
地址:	
城市/州/邮编:	
☐ 家庭/保姆 ☐ 家庭托儿所 ☐ 幼儿教育	
您的孩子在上学年是否接受过以下服务? ☐ 特殊教育 ☐ Title I ☐ ESL ☐ 其他:	

学龄兄弟姐妹信息											
姓名:						姓名:					
年龄:		年龄:		性别:	☐ 男 ☐ 女	年龄:		年龄:		性别:	☐ 男 ☐ 女
学校:						学校:					
姓名:						姓名:					
年龄:		年龄:		性别:	☐ 男 ☐ 女	年龄:		年龄:		性别:	☐ 男 ☐ 女
学校:						学校:					

托儿安排	
姓名:	
地址:	
城市/州/邮编:	
电话:	

交通信息:			
请选适用于您孩子的选项。			**注意**: 如校车上下车地点与家庭住址不同，请填写地址并完成托儿交通表。
上学	我孩子从**家**乘校车上学		
	我孩子从**托儿所**乘校车上学		
	我孩子每天步行上学		
	每天开车送我孩子去上学		
放学	我孩子放学后乘校车**回家**		
	放学后我孩子乘校车去**托儿所**		
	我孩子每天步行回家		
	每天有人去接我的孩子回家		

我证明我是特拉华州居民，表格中所填信息真实、完整、准确。**签署本表格即表示本人了解：在本表格中故意提供虚假或不实信息，可能会被依《特拉华州法典》第 11 篇，第 5 章，第 IV 部分，第 1233 条**（§1233）以“作出虚假书面陈述罪”起诉，属于 A 类轻罪。根据第 1233 条，凡是在具有法律效力并附有警示说明的书面文件中，明知陈述不实或对其真实性持怀疑态度，仍作出虚假陈述者，即构成“作出虚假书面陈述罪”。该行为为 A 类轻罪。
（出处：特拉华州法典 1953 年编 §1233；58 号法律，第 497 章，第 1 条；67 号法律，第 130 章，第 8 条；70 号法律，第 186 章，第 1 条）

家长/监护人/亲属照顾者签名	日期

有关 Christina 学区分享学生信息的说明

Christina 学区在积极推广教育与课外活动（包括在学区内及外部媒体平台上）的同时，也认识到保护学生信息和隐私的重要性。根据联邦法律《家庭教育权利和隐私法》（FERPA），在特定情况下，学区被允许披露“目录信息”。“目录信息”是指通常不会被视为侵犯隐私的学生信息，例如姓名、地址、照片、参与的活动和体育项目等。如果您不希望学区公开您的孩子的这类信息，或不希望其被包含在相关报道或照片中，请访问以下网站选择退出：
http://www.christinak12.org/FERPA.

接收注册的工作人员签名	地点	日期

学生:		学生编号# :

学生健康史更新: 除非您另行通知，本信息将仅在需要时提供给相关教职员工及紧急医疗人员。

1. 过去一年您的孩子是否出国超过一个月？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，去了哪里?_____

2. 您或您的孩子，或者家里的任何人曾感染了COVID-19? ☐ 是 ☐ 否

如果“是”，请联系学校护士。

3. 如孩子有过以下任何问题，请勾选。请在注解处提供日期和附加说明。

☐ 多动症	☐ 出血	☐ 脑震荡	☐ 心脏	☐ 癫痫
☐ 过敏	☐ 穿孔/纹身	☐ 糖尿病	☐ 感染	☐ 语言
☐ 气喘	☐ 骨骼问题	☐ 情绪问题	☐ 肾脏	☐ 手术
☐ 行为	☐ 肠/膀胱	☐ 听力	☐ 身体残疾	☐ 视力

☐ 其他: _____

如患哮喘或癫痫，必须提交医生制定的应急计划。

注解: _____

4. 您的孩子是否对药物、乳胶、虫咬等过敏？ ☐ 是 否

过敏源: _____ 反应:_____ 治疗:_____

5. 您的孩子是否被持照医疗保健人员诊断为食物过敏？ ☐ 是 ☐ 否

过敏源: _____ 反应：_____ 治疗:_____

所有确诊有食物过敏的学生须提交持照医疗保健人员制定的过敏应对计划。

6. 自学校六月份结束后，您的孩子是否看过医生？ ☐ 是 ☐ 否

原因: _____

7. 您的孩子是否正在接受治疗或健康情况的评估？ ☐ 是 ☐ 否

疾病: _____

8. 您的孩子是否服药或接受治疗? ☐ 是 ☐ 否

药物名称或治疗: _____

您的孩子是否在校期间服药? ***如果是，请联系学校护士以便做安排。*** ☐ 是 ☐ 否

9. 您的孩子是否戴眼镜或隐形眼镜？ ☐ 是 ☐ 否

上次验光日期:_____如果你的孩子戴眼镜或隐形眼镜，上次更换处方的日期：_____

10. 自学年结束后，您的孩子是否经历任何重大生活事件，比如搬家、亲人离世、父母亲分居、父母亲离婚等？ ☐ 是 否

如果是，请联系学校护士或学校辅导员。

医疗信息			
家庭医生:		电话	
家庭牙医:		电话	

我允许护士根据需要給我的孩子服用 对乙酰氨基酚 (Acetaminophen (Tylenol®)) 。 ☐ 是 ☐ 否

我允许护士根据需要給我的孩子服用 布洛芬 (Ibuprofen (Advil®)) 。 ☐ 是 ☐ 否

我允许給我的孩子涂抹急救药膏 Caladryl®_____Tums®_____ ☐ 是 ☐ 否

家长/监护人签名: _____ **日期:** _____

学校紧急应对措施: 如果您的孩子在学校生病或发生意外，学校将采取以下步骤来照顾您的孩子。在紧急情况时，学校会立刻进行医疗救助。

若有紧急情况和/或需要医疗或医院治疗:

1. 学校会打电话到家里。如果没人接听，
2. 学校会打电话給家长/监护人 1，或者家长/监护人 2 的工作电话。如果没人接听，
3. 学校会打其他列出的电话号码，而且打給医生。
4. 如果都没人接听，学校会打电话叫救护车，如果需要，送学生去当地的医疗设施。
5. 根据医生的判断，学生可能住院。
6. 学校会继续联系家长，监护人或者医生，直到联络上了。
7. 本表格上的信息可能跟急救人员分享。

如果无法联络上我，而且学校遵循上述的步骤，我同意承担一切载送和治疗该学生的费用。我也同意根据医生的诊断进行任何治疗、手术、诊断手续，或者打麻醉。

家长/监护人签名: _____日期:_____