



**ОБЪЕДИНЁННЫЙ ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ ЛОС-АНДЖЕЛЕСА  
ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ/УЧАЩЕЙСЯ ДЛЯ ЭКСТРЕННЫХ СИТУАЦИЙ**

*Родители: полностью заполните эту форму и подпишите в указанном месте. Согласно политике школьного округа, в случае крупномасштабной чрезвычайной ситуации учащиеся будут оставаться в школе в целях безопасности. Эта форма будет использована персоналом школы, когда учащиеся будут отпущены домой. Заполните форму в электронном формате или заполните четко печатными буквами и принесите в школу.*

ФАМИЛИЯ УЧ-СЯ				ИМЯ УЧ-СЯ				ИНИЦИАЛ ОТЧ-ВА					
ДАТА РОЖДЕНИЯ			<input type="checkbox"/> МУЖ. <input type="checkbox"/> ЖЕН.		КЛАСС			ДОМ. ЯЗЫК					
ДОМ. АДРЕС - № ДОМА				УЛИЦА				КВ.		ГОРОД		ИНДЕКС	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС - № ДОМА (ЕСЛИ НЕ ТАКОЙ, КАК ВЫШЕ)				УЛИЦА				КВ.		ГОРОД		ИНДЕКС	
РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН: ФАМИЛИЯ				ИМЯ				КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧ-СЯ				ЖИВУТ ВМЕСТЕ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
РАБОЧИЙ АДРЕС - № ДОМА			УЛИЦА				ГОРОД				ИНДЕКС		
КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ				По какому телефону звонить в каждом случае*.				АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:					
ДОМ				ЭКСТРЕННАЯ СИТ.		<input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Моб <input type="checkbox"/> Раб							
МОБ				ПОСЕЩАЕМОСТЬ		<input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Моб <input type="checkbox"/> Раб							
РАБ				ОБЩАЯ ИНФОРМ.		<input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Моб <input type="checkbox"/> Раб							
ТЕКСТ			<input type="checkbox"/>		Я разрешаю, чтобы мне посылали текстовые сообщения, и понимаю, что отвечаю за любые возможные сборы за их получение.								
РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН: ФАМИЛИЯ				ИМЯ				КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧ-СЯ				ЖИВУТ ВМЕСТЕ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
РАБОЧИЙ АДРЕС - № ДОМА			УЛИЦА				ГОРОД				ИНДЕКС		
КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ				По какому телефону звонить в каждом случае*.				АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:					
ДОМ				ЭКСТРЕННАЯ СИТ.		<input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Моб <input type="checkbox"/> Раб							
МОБ				ПОСЕЩАЕМОСТЬ		<input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Моб <input type="checkbox"/> Раб							
РАБ				ОБЩАЯ ИНФОРМ.		<input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Моб <input type="checkbox"/> Раб							
ТЕКСТ			<input type="checkbox"/>		Я разрешаю отправку текст. сообщений и понимаю, что отвечаю за возможные сборы за их получение.								
<p><i>Директору школы: в случае если вы не сможете связаться со мной в экстренной ситуации, вы можете связаться с одним из следующих людей и при необходимости отпустить с ним/ней моего ребенка:</i></p>													
ИМЯ, ФАМИЛИЯ				КЕМ ПРИХОДИТСЯ				ДОМ. ТЕЛЕФОН		МОБ. ТЕЛЕФОН		РАБ. ТЕЛЕФОН	
ИМЯ, ФАМИЛИЯ				КЕМ ПРИХОДИТСЯ				ДОМ. ТЕЛЕФОН		МОБ. ТЕЛЕФОН		РАБ. ТЕЛЕФОН	
ИМЯ, ФАМИЛИЯ				КЕМ ПРИХОДИТСЯ				ДОМ. ТЕЛЕФОН		МОБ. ТЕЛЕФОН		РАБ. ТЕЛЕФОН	
<p><b>Укажите всех членов семьи, посещающих эту школу:</b></p>													
ФАМИЛИЯ				ИМЯ				КЛАССН. КОМН.		КЛАСС		КЕМ ПРИХОДИТСЯ	
ФАМИЛИЯ				ИМЯ				КЛАССН. КОМН.		КЛАСС		КЕМ ПРИХОДИТСЯ	
СЕМЬИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ: В целях обеспечения ресурсов и поддержки детей и семьи военнослужащих ответьте на следующие вопросы:				Близкие члены семьи в ВС (действительной службе, нац. гвардия, резерв или ветеран): <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Кем приходится уч-ся: _____				В настоящее время дислоцирован(а): <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Вид войск: _____ Статус: <input type="checkbox"/> действ.; <input type="checkbox"/> нац. гв.; <input type="checkbox"/> резерв; <input type="checkbox"/> ветеран; <input type="checkbox"/> скончавш.					
<b>РАЗРЕШЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В ЭКСТРЕННОЙ СИТУАЦИИ</b>													
<p>Нижеподписавшееся лицо, как родитель/опекун _____ (имя, фамилия уч-ся печатными буквами) несовершеннолетнего ребенка, настоящим уполномочивает директора или назначенное им лицо, которому поручен уход за ребенком, давать согласие на рентгенографию, анестезию, медицинскую или хирургическую диагностику, лечение и/или больничное обслуживание ребенка по рекомендации лицензированного врача или стоматолога. Подразумевается, что это разрешение дается заранее, до любой диагностики, лечения и/или больничного обслуживания, и дает право и полномочия Объединенному школьному округу Лос-Анджелеса («округ») давать конкретное согласие на любую такую диагностику, лечение и/или больничное обслуживание, которые лицензированный врач или стоматолог могут посчитать необходимыми. Это разрешение дается в соответствии со статьей 49407 Кодекса об образовании штата Калифорния и будет оставаться в силе до тех пор, пока в округ не будет подано письменное заявление о его отмене. Я понимаю, что округ, его должностные лица и сотрудники не берут на себя ответственность за транспортировку учащегося/учащейся. Я также понимаю, что, являясь родителем/опекуном ребенка, я несу полную ответственность за все расходы, связанные с транспортом скорой помощи, госпитализацией, обследованием, рентгенографией и лечением, предоставленными в соответствии с этим разрешением.</p>													
<p><b>ИНФОРМАЦИЯ О ЗДОРОВЬЕ – Укажите все проблемы со здоровьем, требующие ограничения физической активности или особого внимания. Включите в список такие нарушения, как астма или аллергия, например, на арахис или укусы пчел. Если проблемы отсутствуют, напишите «попе» (нет).</b></p>													
<p><b>ЕСТЬ ЛИ У УЧ-СЯ ПЛАН МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ? (Отметьте один ответ) <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ* Если «Да»: <input type="checkbox"/> Частный страх. план <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families</b></p>													
<p><b>№ ID MEDI-CAL / HEALTHY FAMILIES:</b> _____</p>													
1. НАЗВАНИЕ ЧАСТНОГО ПЛАНА МЕД. СТРАХОВАНИЯ				№ ГРУППЫ				2. НАЗВАНИЕ ЧАСТНОГО ПЛАНА МЕД. СТРАХОВАНИЯ (если более одного плана)				№ ГРУППЫ	
ФАМИЛИЯ ВРАЧА/НАЗВАНИЕ МЕД. КЛИНИКИ						ТЕЛЕФОН ВРАЧА/МЕД. КЛИНИКИ							
<p>*если у уч-ся в настоящее время нет плана мед. страхования, информацию о бесплатных или недорогих мед. программах можно получить по бесплатной ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ округа 1(866)742-2273.</p>													
<p><b>У РЕБЕНКА АЛЛЕРГИЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ЛЕКАРСТВА:</b> _____</p>													
<p><b>РЕБЕНОК СЕЙЧАС ПРИНИМАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЛЕКАРСТВА:</b> _____</p>													
<p><b>Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПРОЧИТА(А) И ПОНИМАЮ ЭТУ ФОРМУ, И НАСТОЯЩИМ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ЭКСТРЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, И ВСЯ ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ МНОЙ ИНФОРМАЦИЯ В ЭТОЙ ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ТОЧНОЙ И ВЕРНОЙ.</b></p>													
<p>Х _____</p>										<p align="center">ДАТА</p>			
<p>ПОДПИСЬ: _____ (ОТМЕТИТЬ ОДНО) <input type="checkbox"/> РОДИТЕЛЬ <input type="checkbox"/> ЗАКОННЫЙ ОПЕКУН (ЗАЯВЛЕНИЕ-АФФИДЕВИТ)</p>													

ФАМИЛИЯ УЧ-СЯ

ИМЯ УЧ-СЯ

ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА

\* Отмеченный телефон должен быть прямым телефоном (без добавочных номеров).