

اسم الطالب:

(اسم العائلة) (الاسم الأول) (الاسم الأوسط)

المدرسة:

السنة الدراسية:

## بطاقة الطالب لحالات الطوارئ

التاريخ:

### معلومات عن الطالب

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ الجنس: \_\_\_\_\_ الصف: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
(اسم العائلة) (الاسم الأول) (الاسم الأوسط)  
عنوان السكن: \_\_\_\_\_  
(الشارع) (المدينة) (الرمز البريدي)  
رقم هاتف البيت/رقم الهاتف الرئيسي: \_\_\_\_\_ مكان ولادة الطالب: \_\_\_\_\_

### معلومات عن الوالدين/ولي الأمر

الوالد/ولي الأمر الأول	الوالد/ولي الأمر الثاني
الاسم: _____	الاسم: _____
العنوان: _____	العنوان: _____
المدينة: _____ هاتف المنزل _____	المدينة: _____ هاتف المنزل _____
هاتف العمل: _____ الهاتف الخليوي _____	هاتف العمل: _____ الهاتف الخليوي _____
عنوان البريد الإلكتروني _____	عنوان البريد الإلكتروني _____
اللغة التي يتم التحدث بها في المنزل: _____	الأشخاص الذين يعيش معهم الطالب: _____

### جهات الاتصال في حالات الطوارئ

إذا كان الطالب المذكور اسمه أعلاه مريضاً، أو يتطلب عناية طبية، أو يجب إجلاؤه بسبب حالات الطوارئ/الكوارث ولا يمكن الاتصال بي، فإن لدى السلطات المدرسية إذن مني بالاتصال بأحد الجهات التالية وإرسال طفلي إليها لتوفير الرعاية والصون له:  
الرجاء ملاحظة أنه ينبغي على جميع الأشخاص الذين يقومون باستلام الأطفال أن يبرزوا هوية تحمل صورة سارية المفعول وإلا لن يتم تسليم طفلك.

1) الاسم: _____	العلاقة: _____	هاتف المنزل _____	الهاتف الخليوي/هاتف العمل _____
2) الاسم: _____	العلاقة: _____	هاتف المنزل _____	الهاتف الخليوي/هاتف العمل _____
3) الاسم: _____	العلاقة: _____	هاتف المنزل _____	الهاتف الخليوي/هاتف العمل _____

### معلومات عن الإخوة والأخوات

الاسم	المدرسة	الصف	الاسم	المدرسة	الصف
1. _____	_____	_____	2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____	4. _____	_____	_____

### معلومات طبية

ضع إشارة على المربعات أدناه إذا كان لدى طفلك في الوقت الحالي أي من الحالات التالية:

الربو (جهاز الاستنشاق مطلوب)  السكري  فقر الدم المنجلي  الحساسية المفرطة (Epipen مطلوب)  نوبة الصرع (تاريخ آخر نوبة: \_\_\_\_\_)  التليف الكيسي  حالات أخرى: \_\_\_\_\_  
إذا تمت بتحديد نوبة الصرع، من أي نوع من النوبات كان يعاني طفلك:  
يرجى ذكر أي دواء (أدوية) يتعين أن يتناولها طفلك خلال ساعات الدوام المدرسي:  
ملاحظة: ينبغي تعبئة نماذج الإذن الطبي من قبل الطبيب سنوياً لأي علاج/إجراءات طبية مطلوبة خلال ساعات الدوام المدرسي.

### معلومات التأهب للكوارث

سوف أوفر إلى المدرسة كميات من الأدوية تكفي لمدة 3 أيام (مع الأوامر الطبية الحالية) لحالات الطوارئ:  نعم  لا  لا ينطبق  
يحتاج طفلي لإجراءات الرعاية الخاصة أو الاحتياجات الخاصة:  القصبه الهوائية  أنبوب التغذية  القسطرة  الكرسي المتحرك  
جهات الاتصال في حالات الطوارئ (خارج كاليفورنيا أو خارج منطقة خليج سان فرانسيسكون): \_\_\_\_\_

1) الاسم \_\_\_\_\_ العلاقة \_\_\_\_\_ هاتف المنزل \_\_\_\_\_ الهاتف الخليوي/هاتف العمل \_\_\_\_\_

إذا لزم أخذ طفلي لمنشأة طوارئ، يمكن نقله/ نقلها إلى أقرب منشأة. أعطي موافقتي لسلطات المدرسة لاتخاذ الإجراءات المناسبة لضمان سلامة ورفاهية طفلي. أدرك أنني سأتحمل المسؤولية المالية.

التاريخ:

توقيع الأب/ الأم/ ولي (ة) الأمر: