

## Informacje awaryjne i zdrowotne ucznia

Nazwa szkoły: \_\_\_\_\_

**RODZICE/OPIEKUNOWIE:** Szkoła musi posiadać Wasze aktualne informacje kontaktowe aby móc skontaktować się z Wami w sytuacji awaryjnej. **Wypełnijcie formularz wyraźnie pismem drukowanym.** Jeśli informacje ulegną zmianie, należy natychmiast pisemnie powiadomić o tym szkołę.

Numer ID ucznia \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_ Drugie imię \_\_\_\_\_ Numer sali lekcyjnej \_\_\_\_\_  
 Data urodzenia (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ Adres domowy ucznia \_\_\_\_\_ Domowy numer telefonu \_\_\_\_\_

Informacje poufne – Część 1	Informacje poufne – Część 2
<p>Wypełnij tę część tylko jeśli (1) odzwierciedla to obecną sytuację zamieszkania Twojego dziecka; LUB (2) odzwierciedla Twoją sytuację zamieszkania jeśli jesteś nastolatkiem, który nie mieszka z rodzicami lub opiekunami. (Odpowiedź pomoże personelowi szkolnemu zaaranżować dodatkową pomoc).            Zaznacz, jeśli mieszkasz w:</p> <p><input type="checkbox"/> w samochodzie/parku/innym miejscu  <input type="checkbox"/> w mieszkaniu innych osób <input type="checkbox"/> w hotelu/motelu <input type="checkbox"/> w schronisku <input type="checkbox"/> w miejscu tymczasowym</p> <p><b>School Note: If any box is checked, see the CPS Policy 702.5.</b></p>	<p>Czy uczeń posiada /jest chroniony aktualnie przez <i>Order of Protection</i> (nakaz ochrony) lub <i>No Contact Order</i> (zakaz kontaktu)? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;"><b>School Note: If “Yes,” follow CPS Policy 704.4 procedures. Enter information in <i>Legal Alert</i> field and update contact information, as needed, in SIM.</b></p>

**Awaryjne informacje kontaktowe rodziców/opiekunów:** Można dodać dodatkowe informacje na odwrocie strony.

	Rodzice/opiekunowie	Rodzice/opiekunowie
Imię i nazwisko kontaktowe		
Pokrewieństwo/relacja		
Zaznacz odpowiednie informacje::	<input type="checkbox"/> mieszka z uczniem <input type="checkbox"/> otrzymuje pocztę <input type="checkbox"/> kontakt awaryjny <input type="checkbox"/> zgoda na odbieranie ze szkoły	<input type="checkbox"/> mieszka z uczniem <input type="checkbox"/> otrzymuje pocztę <input type="checkbox"/> kontakt awaryjny <input type="checkbox"/> zgoda na odbieranie ze szkoły
Adres domowy, jeśli inny niż ucznia		
Domowy numer telefonu, jeśli inny niż ucznia		
Numer telefonu komórkowego		
Email		
Nazwa i adres pracodawcy		
Numer telefonu do pracy		
* Język komunikacji		
* CPS komunikuje się poprzez informacje telefoniczne. Wybierz język komunikacji z Waszą rodziną. Języki do masowej komunikacji to j. angielski i j. hiszpański. (uwaga: inne języki w zależności od dostępności).		

**Wymień krewnych/sąsiadów, z którymi szkoła może się kontaktować w razie nagłych wypadków i którzy mają Waszą zgodę na odbieranie ucznia ze szkoły:**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Adres domowy \_\_\_\_\_ Numer telefonu \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo \_\_\_\_\_

**Nazwisko lekarza rodzinnego, adres i numer telefonu:** Wyrażam zgodę na kontakt z lekarzem rodzinnym w nagłych wypadkach.

**Ubezpieczenie zdrowotne ucznia:** (zaznacz jedno)

- Illinois Medical Card/All Kids: medyczny numer identyfikacyjny ID # \_\_\_\_\_ (9-cyfr w na odwrocie karty)
- Nie ma ubezpieczenia: Jesteście zainteresowani Illinois Medical Card/All Kids?  Tak  Nie
- Ubezpieczenie prywatne/przez pracę: bez dodatkowych informacji

**Dzieci z rodzin wojskowych (do wyboru)**

Jako rodzice /opiekunowie, jesteście członkami oddziału sił zbrojnych Stanów Zjednoczonych?  Tak  Nie

Jeśli tak, czy jesteście w służbie czynnej lub czekacie na powołanie do służby czynnej tym roku szkolnym?  Tak  Nie

Potwierdzam, że informacje zamieszczone w powyższym formularzu są prawdziwe:

\_\_\_\_\_  
(Podpis Rodziców/Opiekunów) \_\_\_\_\_ (Data)