



# 學生的緊急聯絡資料

## (僅供高中學生使用)

Office of the Deputy Superintendent of Schools  
Montgomery County Public Schools  
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 565-1A  
August 2008  
第1頁, 共2頁  
Chinese

如果住家地址有所變更, 請務必隨本表格附上一份新的戶籍證明, 以幫助我們更新電腦系統中的地址。請致電您的學校, 查詢辦理該手續所必需的文件。

學生姓名 (姓、名、中間名) STUDENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)		學生證號碼/STUDENT ID		年級 GRADE	班級 SECTION	級任教師 HOMEROOM TEACHER
住家電話 HOME PHONE	出生日期 DATE OF BIRTH	性別 GENDER	校車號碼 BUS NO.	監護權方面的問題/CUSTODY CONCERNS <input type="checkbox"/> 沒有/NO <input type="checkbox"/> 有/YES (如果有的話, 請與學校聯繫)		YRBSS (請見表格背面) <input type="checkbox"/> 不會參加/May not participate
住家地址 HOME ADDRESS		其它郵寄地址 ADDITIONAL MAILING ADDRESS		在家裡使用的語言 LANGUAGE SPOKEN AT HOME		僅供11年級和12年級使用 <input type="checkbox"/> 請勿把聯繫資料透露給徵軍人員。 Do not Release to Military Recruiters
為學生負責的成人姓名(姓、名、中間名) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			為學生負責的成人姓名(姓、名、中間名) NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)			
工作電話(分機): WORK PHONE (EXT):		手機: CELL PHONE:		工作電話(分機): WORK PHONE (EXT):		手機: CELL PHONE:
電子郵件/E-MAIL:			電子郵件/E-MAIL:			
與學生的關係/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 母親/MOTHER <input type="checkbox"/> 父親/FATHER <input type="checkbox"/> 監護人/GUARDIAN <input type="checkbox"/> 其他(請說明)/OTHER			與學生的關係/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 母親/MOTHER <input type="checkbox"/> 父親/FATHER <input type="checkbox"/> 監護人/GUARDIAN <input type="checkbox"/> 其他(請說明)/OTHER			
在發生緊急狀況但無法聯絡到家長時的其他聯繫人姓名(姓、名): IF PARENT CANNOT BE REACHED, PERSON TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY—NAME (LAST, FIRST):						
電話(分機): PHONE (EXT.):		手機: CELL PHONE:		電子郵件: E-MAIL:		
與學生的關係/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 母親/MOTHER <input type="checkbox"/> 父親/FATHER <input type="checkbox"/> 監護人/GUARDIAN <input type="checkbox"/> 其他/OTHER						
放學後負責照料學生的人員 — 姓名(姓、名)/PERSON RESPONSIBLE FOR STUDENT AFTER SCHOOL—NAME (LAST, FIRST)			您希望收到哪種語言的通信/LANGUAGE IN WHICH YOU WISH TO RECEIVE CORRESPONDENCE: <input type="checkbox"/> 英文/ENGLISH <input type="checkbox"/> 中文/CHINESE <input type="checkbox"/> 法文/FRENCH <input type="checkbox"/> 韓文/KOREAN <input type="checkbox"/> 西班牙文/SPANISH <input type="checkbox"/> 越南文/VIETNAMESE			
地址: ADDRESS:						
電話(分機): PHONE (EXT.):		手機: CELL PHONE:		電子郵件: E-MAIL:		
與學生的關係/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> 母親/MOTHER <input type="checkbox"/> 父親/FATHER <input type="checkbox"/> 監護人/GUARDIAN <input type="checkbox"/> 其他/OTHER.						
如果當時的情況危急而又無法聯絡到家長(監護人)時, 學校的管理人員將為孩子實施急救並/或送孩子到醫生診所或醫院接受緊急治療。(如有必要, 將在發生緊急狀況時請求急救小組的支援。)						
醫生:(姓名) PHYSICIAN CONTACT: (NAME)			醫生的電話: PHYSICIAN PHONE:			
牙醫:(姓名) DENTIST CONTACT: (NAME)			牙醫的電話: DENTIST PHONE:			
喜歡使用的醫院: HOSPITAL PREFERENCE:						
過敏 — 藥物: ALLERGIES — MEDICATIONS:						
過敏 — 蜜蜂叮咬/ALLERGIES—BEE STINGS: <input type="checkbox"/> 不會/NO <input type="checkbox"/> 會/YES 其它資訊:						
過敏 — 其它: ALLERGIES—OTHER:						
目前正在服用的處方藥:(非必填欄位): CURRENTLY PRESCRIBED MEDICATIONS: (OPTIONAL)						
其它顧慮或問題: OTHER CONCERNS:						
健康保險/HEALTH INSURANCE: <input type="checkbox"/> 沒有/NO <input type="checkbox"/> 有/YES (如果有的話, 請勾選適用的選項) <input type="checkbox"/> 私人保險/PRIVATE <input type="checkbox"/> HEALTH CHOICE (MEDICAL ASSISTANCE) <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS						
學生是否具有可能需要緊急醫療救護的健康狀況? <input type="checkbox"/> 沒有/NO <input type="checkbox"/> 有/YES 如果有(請說明) DOES THE STUDENT HAVE A HEALTH CONDITION REQUIRING POSSIBLE EMERGENCY CARE?						
學校工作人員是否持續性地協助學生服藥?/IS MEDICATION BEING ADMINISTERED BY SCHOOL STAFF ON A CONTINUING BASIS? <input type="checkbox"/> 不是/NO <input type="checkbox"/> 是/YES (如果是, 則必須填寫 MCPS FORM 525-13 並交給學校)						
用正楷書寫的家長/監護人姓名/Printed Parent/Guardian Name			家長/監護人的簽名/Signature of Parent/Guardian		日期/Date	

## 就有關 Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS, 青少年風險行為監督系統)調查表致高中生家長/監護人的資訊

本表格的這一部分旨在通知您有關 Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)的情況, 以及您不希望孩子參加 YRBSS 調查時所應當遵循的程序。United States Centers for Disease Control and Prevention (美國疾病控制和預防中心)設立了 YRBSS, 來衡量風險因素並監督風險控制計畫的有效性。本次調查旨在辨別各種風險行為, 其中包括安全行為, 例如使用安全帽和安全帶; 憂鬱症和心理健康; 使用煙草、酒精或其它毒品; 營養和體育活動; 以及性行為。

Maryland State Department of Education 要求地方學校系統在執行 YRBSS 調查時採用家長被動同意方式, 以便取得具有完全代表性及有效數據性的參加人數。在2008-2009學年期間, 我們將隨機抽取數所高中參加這項調查。除非您在這份表格的正面註明您不希望孩子參加調查, 否則, 如果他們的學校被隨機抽取到參加調查, 他/她將會收到調查表。在您做決定時, 請考慮以下因素:

- 您的孩子可以自願選擇是否參加 YRBSS 調查。
- YRBSS 的調查完全保密, 您孩子的回答將被視為隱私資料來處理。
- 孩子的姓名並不是調查答卷上的必填資訊。

欲知 YRBSS 調查的詳情或索取調查問題的複件, 請聯繫 Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Road, Atlanta, Georgia 30333, 電話號碼是 800-232-4636, 或參訪下面的網站: [www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs](http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs)

如果您不希望孩子參加 YRBSS 調查, 請填寫表格正面 "YRBSS — 不會參加"的部分。