



# Информация учащегося при чрезвычайных ситуациях

(Только учищиеся средней школы)  
Office of the Deputy Superintendent of Schools  
Montgomery County Public Schools  
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 565-1A  
August 2008  
Russian  
СТРАНИЦА ПЕРВАЯ ИЗ ДВУХ

Если изменился адрес, к этой анкете должны быть приложены новые доказательства проживания до того, как адрес может быть введен в компьютер

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО УЧАЩЕГОСЯ STUDENT NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)		ЛИЧНЫЙ НОМЕР УЧАЩЕГОСЯ STUDENT ID		КЛАСС GRADE	СЕКЦИЯ SECTION	КЛАССНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ HOMEROOM TEACHER
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН HOME PHONE	ДАТА РОЖДЕНИЯ DATE OF BIRTH	ПОЛ GENDER	НОМЕР АВТОБУСА BUS NO.	ПРОБЛЕМЫ РОДИТЕЛЕЙ ПО ПОВОДУ ПРАВ НА РЕБЕНКА/CUSTODY CONCERNS <input type="checkbox"/> НЕТ/NO <input type="checkbox"/> ЕСТЬ/YES (ЕСЛИ ЕСТЬ, СВЯЖИТЕСЬ СО ШКОЛОЙ)		YRBSS (СМОТРИ НА ОБОРОТЕ) <input type="checkbox"/> НЕ МОЖЕТ УЧАСТВОВАТЬ May not participate
ДОМАШНИЙ АДРЕС HOME ADDRESS			ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ADDITIONAL MAILING ADDRESS		ЯЗЫК, НА КОТОРОМ ГОВОРЯТ ДОМА LANGUAGE SPOKEN AT HOME	ТОЛЬКО 11 И 12 КЛАССЫ <input type="checkbox"/> Не Давайте Контактную Информацию Военным, Приглашающим В Армию Do Not Release To Military Recruiters
ФАМИЛИЯ, ИМЯ ВЗРОСЛОГО, ОТВЕТСТВЕННОГО ЗА РЕБЕНКА NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)				ФАМИЛИЯ, ИМЯ ВЗРОСЛОГО, ОТВЕТСТВЕННОГО ЗА РЕБЕНКА NAME OF RESPONSIBLE ADULT (LAST, FIRST, MI)		
РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН (ДОБАВОЧНЫЙ): WORK PHONE (EXT):		СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН: CELL PHONE:		РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН (ДОБАВОЧНЫЙ): WORK PHONE (EXT):		СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН: CELL PHONE:
ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА/E-MAIL:				ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА/E-MAIL:		
РОДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ С УЧАЩИМСЯ/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> МАТЬ/MOTHER <input type="checkbox"/> ОТЕЦ/FATHER <input type="checkbox"/> ОПЕКУН/GUARDIAN <input type="checkbox"/> ДРУГИЕ (ПОЯСНИТЬ)/OTHER (SPECIFY)				РОДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ С УЧАЩИМСЯ/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> МАТЬ/MOTHER <input type="checkbox"/> ОТЕЦ/FATHER <input type="checkbox"/> ОПЕКУН/GUARDIAN <input type="checkbox"/> ДРУГИЕ (ПОЯСНИТЬ)/OTHER (SPECIFY)		
ЕСЛИ НЕЛЬЗЯ СВЯЗАТЬСЯ С РОДИТЕЛЕМ, ЛИЦО, С КОТОРЫМ МОЖНО СВЯЗАТЬСЯ В НЕПРЕДВИДЕННЫХ СИТУАЦИЯХ-ФАМИЛИЯ, ИМЯ IF PARENT CANNOT BE REACHED, PERSON TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY—NAME (LAST, FIRST):						
РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН (ДОБАВОЧНЫЙ): PHONE (EXT):		СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН: CELL PHONE:		ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА: E-MAIL:		
РОДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ С УЧАЩИМСЯ/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> МАТЬ/MOTHER <input type="checkbox"/> ОТЕЦ/FATHER <input type="checkbox"/> ОПЕКУН/GUARDIAN <input type="checkbox"/> ДРУГИЕ/OTHER						
ЛИЦО, ОТВЕТСТВЕННОЕ ЗА УЧАЩЕГОСЯ ПОСЛЕ ШКОЛЫ- (ФАМИЛИЯ, ИМЯ)/ PERSON RESPONSIBLE FOR STUDENT AFTER SCHOOL—NAME (LAST, FIRST)				ЯЗЫК, НА КОТОРОМ ВЫ ХОТИТЕ ПОЛУЧИТЬ ИНФОРМАЦИЮ/LANGUAGE IN WHICH YOU WISH TO RECEIVE CORRESPONDENCE: <input type="checkbox"/> АНГЛИЙСКИЙ/ENGLISH <input type="checkbox"/> КИТАЙСКИЙ/CHINESE <input type="checkbox"/> ФРАНЦУЗСКИЙ/FRENCH <input type="checkbox"/> КОРЕЙСКИЙ/KOREAN <input type="checkbox"/> ИСПАНСКИЙ/SPANISH <input type="checkbox"/> ВЬЕТНАМСКИЙ/VIETNAMESE		
АДРЕС: ADDRESS:						
ТЕЛЕФОН (ДОБАВОЧНЫЙ): PHONE (EXT):		СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН: CELL PHONE:		ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА: E-MAIL:		
РОДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ С УЧАЩИМСЯ/RELATIONSHIP TO STUDENT: <input type="checkbox"/> МАТЬ/MOTHER <input type="checkbox"/> ОТЕЦ/FATHER <input type="checkbox"/> ОПЕКУН/GUARDIAN <input type="checkbox"/> ДРУГИЕ/OTHER						
<b>Школьный персонал окажет первую помощь и/или направит ребенка к врачу или в больницу для неотложного лечения в случае необходимости и невозможности связаться с родителем (опекуном)</b>						
ИМЯ ВРАЧА: PHYSICIAN CONTACT: (NAME)				ТЕЛЕФОН ВРАЧА: PHYSICIAN PHONE:		
ИМЯ ЗУБНОГО ВРАЧА: DENTIST CONTACT: (NAME)				ТЕЛЕФОН ЗУБНОГО ВРАЧА: DENTIST PHONE:		
ПРЕДПОЧИТАЕМАЯ БОЛЬНИЦА: HOSPITAL PREFERENCE:						
АЛЛЕРГИЯ ОТ ЛЕКАРСТВ: ALLERGIES—MEDICATIONS:						
АЛЛЕРГИЯ ОТ УКУСА ПЧЕЛЫ/ALLERGIES—BEE STINGS: <input type="checkbox"/> НЕТ/NO <input type="checkbox"/> ЕСТЬ/YES ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:						
ДРУГИЕ ВИДЫ АЛЛЕРГИИ: ALLERGIES—OTHER:						
ОПИШИТЕ ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВА: (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО) CURRENTLY PRESCRIBED MEDICATIONS: (OPTIONAL)						
ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ: OTHER CONCERNS:						
МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА/HEALTH INSURANCE: <input type="checkbox"/> НЕТ/NO <input type="checkbox"/> ЕСТЬ/YES (ЕСЛИ ЕСТЬ, ОТМЕТЬТЕ КАКАЯ) <input type="checkbox"/> ЧАСТНАЯ/PRIVATE <input type="checkbox"/> HEALTH CHOICE (МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ) <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS						
ЕСТЬ ЛИ У УЧАЩЕГОСЯ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ? <input type="checkbox"/> НЕТ/NO <input type="checkbox"/> ЕСТЬ/YES ЕСЛИ ДА (ПОЯСНИТЕ) DOES THE STUDENT HAVE A HEALTH CONDITION REQUIRING POSSIBLE EMERGENCY CARE?						
ДОЛЖЕН ЛИ ШКОЛЬНЫЙ ПЕРСОНАЛ ПОСТОЯННО ДАВАТЬ ЛЕКАРСТВА?/IS MEDICATION BEING ADMINISTERED BY SCHOOL STAFF ON A CONTINUING BASIS? <input type="checkbox"/> НЕТ/NO <input type="checkbox"/> ЕСТЬ/YES (ЕСЛИ ДА, НУЖНО ЗАПОЛНИТЬ MCPS FORM 525-13 И ВЕРНУТЬ В ШКОЛУ)						
Имя родителя/ опекуна печатными буквами/Printed Parent/Guardian Name			Подпись родителя/ опекуна/Signature of Parent/Guardian			_____/_____/_____ Дата/Date

## **Информация для родителей/опекунов учащихся средней школы по поводу обследования the Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)**

Эта часть анкеты предназначена для того, чтобы информировать Вас о the Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) и последующих шагах, если Вы НЕ хотите, чтобы Ваш ребёнок участвовал в YRBSS обследовании. The United States Centers for Disease Control and Prevention создали YRBSS для того, чтобы определять факторы риска и следить за эффективностью программ уменьшения риска. Обследование проводится для того, чтобы установить рискованное поведение, которое может включать такое, как неиспользование шлемов и ремней безопасности; депрессия и психическое здоровье; использование табака, алкоголя и других наркотиков; питание и физическая активность; и сексуальное поведение.

The Maryland State Department of Education требует, чтобы органы местного школьного управления при отсутствии прямого отказа родителей проводили обследование YRBSS с целью получения полностью представительного и статистически достаточного числа участников обследования. В течение 2008-2009 учебного года будут установлены средние школы на основе случайной выборки для участия в обследовании. Если Вы не укажете в начале анкеты, что Ваш ребёнок не может участвовать в обследовании, ему/ ей может быть дана анкета, если их школа попала в случайную выборку. Пожалуйста, примите во внимание следующие соображения, когда Вы принимаете решение:

- Участие Вашего ребёнка в YRBSS обследовании добровольное.
- YRBSS обследование является конфиденциальным и ответы Вашего ребёнка будут храниться в секрете.
- Не требуется указывать имя Вашего ребёнка на листах с ответами по обследованию.

Для получения дополнительной информации об YRBSS обследовании или копии вопросов обследования, пожалуйста, свяжитесь с Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Road, Atlanta, Georgia 30333, номер телефона 800-232-4636 или посетите следующую электронную страницу: [www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs](http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs).

Если Вы НЕ хотите, чтобы Ваш ребёнок участвовал в YRBSS обследовании, пожалуйста, заполните переднюю часть анкеты с указанием “YRBSS- не может участвовать”