



學生的緊急聯絡資料

(僅供小學和初中學生使用)

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

MCPS Form 565-1
August 2008
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)		
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		
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	