



Информация учащегося при чрезвычайных ситуациях

(Только учащиеся начальной и неполной средней школы)

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

MCPS Form 565-1
August 2008
Russian

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)		
ДОМАШНИЙ АДРЕС HOME ADDRESS		ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ADDITIONAL MAILING ADDRESS		ЯЗЫК, НА КОТОРОМ ГОВОРЯТ ДОМА LANGUAGE SPOKEN AT HOME		
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						
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)						
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	