

**Arlington Public Schools: Student Registration**

869 Massachusetts Avenue, Arlington, MA 02476 | arlington.k12.ma.us

(official use only) SASID #

Фамилия	Имя	Второе имя	Район Проживания	Дата предварительной регистрации.
---------	-----	------------	------------------	-----------------------------------

**Информация для связи с медицинским персоналом****Личные данные ученика**

Домашний адрес		Город	
Почтовый адрес			
Номер домашнего/основного телефона		Пол	Класс
Дата рождения		Место рождения	

**Информация о здоровье**

Медицинская страховка	<input type="checkbox"/> есть	<input type="checkbox"/> нет	Название страховой компании
<p>Если у вас нет медицинского страхования, в штате Массачусетс есть планы медицинского страхования, которые обеспечат незастрахованным детям доступное медицинское обслуживание (при определенных ограничениях). Обратитесь к школьной медсестре за дополнительной информацией об этих программах.</p>			

Имя семейного врача		Телефон	
Имя семейного стоматолога		Телефон	
Больница			

Укажите полный список заболеваний ученика	<input type="checkbox"/>	ADD / ADHD	<input type="checkbox"/>	Аутизм / Аспергер	<input type="checkbox"/>	Диабет Тип 1	<input type="checkbox"/>	Мигрень
	<input type="checkbox"/>	Аллергии	<input type="checkbox"/>	Депрессия	<input type="checkbox"/>	Диабет Тип 2	<input type="checkbox"/>	Эпилепсия
	<input type="checkbox"/>	Удушье	<input type="checkbox"/>	Задержки в развитии	<input type="checkbox"/>	Сердечные заболевания		

Список всех аллергенов		Есть EpiPen?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проблемы со слухом?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> нет	Проблемы со зрением?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Опишите	Опишите
---------	---------

**(1) Родитель / Опекун**

Имя и фамилия			
Домашний адрес			
Телефон 1	Телефон 2	Email	

**(2) Родитель / Опекун**

Имя и фамилия			
Домашний адрес			
Телефон 1	Телефон 2	Email	

Я даю разрешение школьной медсестре давать моему ребенку ацетаминофен/ибупрофен	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

Я даю разрешение школьной медсестре обмениваться информацией, касающейся состояния здоровья моего ребенка, с соответствующим персоналом школы, когда это необходимо для опесечения здоровья и безопасности моего ребенка, а также обращаться к врачу/консультанту моего ребенка для диагностики и лечения.		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Имя (печатными буквами)	Подпись	Дата