

EDGEWATER PARK SCHOOL DISTRICT  
ACİL DURUM KART BİLGİLERİ

Kimlik No \_\_\_\_\_  
Soyadı \_\_\_\_\_ Adı \_\_\_\_\_ İlk Harf \_\_\_\_\_ Doğum Tarihi (Ay / Gün / Yıl) \_\_\_\_\_  
Adresi \_\_\_\_\_ Okul \_\_\_\_\_  
Şehir \_\_\_\_\_ Posta kodu \_\_\_\_\_ Sınıfı \_\_\_\_\_  
Ev Telefonu ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Öğretmen / İK \_\_\_\_\_

Değerli Veliler: Çocuğunuza kaza veya ani bir hastalık durumunda hizmet vermek için acil aramalarda kullanmak üzere aşağıdaki bilgileri vermeniz gerekir:

Ad ve Soyad	Telefonu	Adresi
Anne / Veli _____	Ev _____ İş _____ Cep telefonu _____ (Tercih edilen irtibat numarasını işaretleyin)	_____
	E-Posta _____	_____
Baba _____	Ev _____ İş _____ Cep telefonu _____ (Tercih edilen irtibat numarasını işaretleyin)	_____
	E-Posta _____	_____

Size ulaşılamazsa, çocuğunuzun geçici bakımını üstlenecek iki komşuyu veya yakın akrabayı belirtiniz:

Ad ve Soyad _____	Ad ve Soyad _____
Ev/ _____	Ev/ _____
Adresi _____	Adresi _____
İş/ _____	İş/ _____
Telefonu: Ev _____ İş _____	Telefonu: Ev _____ İş _____
İlişkisi _____	İlişkisi _____

Lütfen New Jersey Devlet Okullarına devam eden diğer çocukların bilgilerini yazınız (Adı, Okulu)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ebeveyn / veli, adres veya telefon numarası değişmişse lütfen bu kutuyu işaretleyin.

Çocuğun Sağlık Sigortası var mı?

**Evet** \_\_\_\_\_ Evet ise, sigorta şirketinin adı \_\_\_\_\_

**Hayır** \_\_\_\_\_ NJ FamilyCare, sigortasız çocuklar ve belirli seviyede düşük gelirlili ebeveynler için ücretsiz veya düşük maliyetli sağlık sigortası sağlamaktadır.

Daha fazla bilgi için 800-701-0710 numaralı telefonu arayın veya internet üzerinden başvuru yapmak için [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) adresini ziyaret edin.

Sağlık sigortası hakkında benimle irtibata geçmeleri için adımları ve adresimi NJ FamilyCare Programına iletebilirsiniz.

**İmza:** \_\_\_\_\_ **Adınızı Büyük Harflerle Yazınız:** \_\_\_\_\_ **Tarihi:** \_\_\_\_\_

Çocuğunuzun geçen yıl boyunca aldığı tıbbi / cerrahi tedavileri aşağıda listeleyiniz:

Dış Muayenesi	_____	_____
	tarih	Dış askısı
Göz Muayenesi	_____	_____
	tarih	irtibatlar gözlük
Alerji	_____	_____
	çeşidi	ilaçlar
Alerjik Reaksiyon	_____	_____
	tarih	ilaçlar
Aşılamalar / Tetanoz	_____	_____
	tarih	çeşidi
Kısıtlamalar	_____	_____
	çeşidi	

Doktor \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Dış Hekimi \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Hastane \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Aşağıda imzası bulunan Şahsım adına, New Jersey Devlet Okulları yetkililerine bu kartta adı geçen kişilerle doğrudan temas kurmaları için yetki veriyorum ve adı geçen çocuğa acil durumlarda gerekli görüldüğünde adı geçen hekimler tarafından tedavi uygulanmasına izin veriyorum

Doktorlar ile, bu kartta adı geçen diğer kişiler ile veya ebeveynler ile iletişim kurulmaması durumunda, okul yetkilileri yukarıda belirtilen çocuğun sağlığı için, kendi kararlarına göre gerekli gördükleri her türlü işlemi yapmaya yetkilidir.

Okul bölgesini, söz konusu çocuğun acil bakım ve / veya ulaşım masrafları konusunda sorumlu tutmayacağım.

**Ebeveyn(lerin) / Veli(lerin) İmzası**

**Tarih**

20 USC § 1232g (b) (1) ve 34 CFR 99.30 (b) yasal maddeleri uyarınca yazılı izin alınması şarttır.