



洛杉磯聯合學區
學生緊急資訊表

家長資訊：請完整填寫並在指定之處簽名。在發生重大緊急情況時，學區政策是為安全起見將學生留在學校。釋放學生回家時，學校工作人員將使用此表。請以電子方式填寫或以正楷清晰填寫，然後將填妥的表格交回學校。

學生姓氏		名字			中間名縮寫		
出生日期		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年級		家庭語言	
學生住家地址 -- 門牌號		街道		公寓號		城市	
郵寄地址 -- 門牌號 (若與上述位址不同)		街道		公寓號		城市	
家長/法定監護人姓氏		名字		與學生的關係		是否與學生同住? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
工作地址 -- 門牌號		街道		城市		郵遞區號	
聯絡電話		針對每種訊息類型，指明需要呼叫哪個電話：*				電郵地址：	
家庭電話		緊急情況		<input type="checkbox"/> 家庭電話 <input type="checkbox"/> 手提電話 <input type="checkbox"/> 工作電話			
手提電話		出勤		<input type="checkbox"/> 家庭電話 <input type="checkbox"/> 手提電話 <input type="checkbox"/> 工作電話			
工作電話		一般資訊		<input type="checkbox"/> 家庭電話 <input type="checkbox"/> 手提電話 <input type="checkbox"/> 工作電話			
簡訊		<input type="checkbox"/> 本人授權接收簡訊，並理解由本人承擔所有與簡訊相關的費用。					
家長/法定監護人姓氏		名字		與學生的關係		是否與學生同住? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
工作地址 -- 門牌號		街道		城市		郵遞區號	
聯絡電話		針對每種訊息類型，指明需要呼叫哪個電話：*				電郵地址：	
家庭電話		緊急情況		<input type="checkbox"/> 家庭電話 <input type="checkbox"/> 手提電話 <input type="checkbox"/> 工作電話			
手提電話		出勤		<input type="checkbox"/> 家庭電話 <input type="checkbox"/> 手提電話 <input type="checkbox"/> 工作電話			
工作電話		一般資訊		<input type="checkbox"/> 家庭電話 <input type="checkbox"/> 手提電話 <input type="checkbox"/> 工作電話			
簡訊		<input type="checkbox"/> 本人授權接收簡訊，並理解由本人承擔所有與簡訊相關的費用。					
致校長：如您在任何緊急情況下無法與本人取得聯絡，您有權聯絡以下人士，並在必要時讓以下人士將本人的孩子接走：							
姓名		關係		家庭電話		手提電話	
姓名		關係		家庭電話		手提電話	
姓名		關係		家庭電話		手提電話	
列出就讀於這所學校的任何其他家庭成員：							
姓氏		名字		主教室		年級	
姓氏		名字		主教室		年級	
軍人相關的家庭：為向與軍人相關的學生及其家人提供資源和支援，請回答以下各項：		軍人直系親屬（現役、護衛隊、預備役或退伍軍人）： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		當前處於已部署狀態： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
		與學生的關係：_____		軍事部門：_____			
				身份： <input type="checkbox"/> 現役； <input type="checkbox"/> 護衛隊； <input type="checkbox"/> 預備役； <input type="checkbox"/> 退伍軍人； <input type="checkbox"/> 已逝軍人			
緊急醫療授權							
下文簽名人，作為下述未成年人的家長/法定監護人：_____， (在此以正楷寫出學生姓名)							
特此授權校長或已接受委託照護學生的指定人員，同意根據任何持照醫生和/或牙醫的建議，對學生進行任何 X 光檢查、麻醉、醫學或外科診斷、治療和/或醫院護理。本人已知悉，該授權是在任何必要診斷、治療或醫院護理之前給予的，並向洛杉磯聯合學區（「學區」）提供授權與權力，就持照醫生或牙醫認為必要的任何及所有該等診斷、治療或醫院護理給予特定的同意。此授權是根據《加州教育法》第 49407 條給予的，並在向學區送達撤銷書之前一直有效。本人理解，學區、其官員及其員工對學生的運送不承擔任何性質的責任。本人進一步理解，作為學生的家長/監護人，本人將獨自承擔所有醫護人員運輸、住院以及與本授權相關的任何檢查、X 光檢查或治療的費用。							
健康警報：請列出任何限制體育活動或需要特別注意的醫療狀況。包括哮喘等疾病以及花生和蜂蟻等引起的過敏。如果不存在該等狀況，請註明「無」。							
學生是否有健康保險？（請勾選一項） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否* 倘回答為「是」： <input type="checkbox"/> 私人健康保險 <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> 健康家庭保健計劃							
MEDI-CAL/健康家庭保健計劃識別號：_____							
1.私人健康保險名稱		團體編號：		2.私人健康保險名稱 (如多個計劃提供承保)		團體編號：	
醫生診所/醫務室名稱				醫生診所/醫務室電話號碼			
*如果學生當前沒有健康保險，請撥打學區的免費幫助熱線：1(866)742-2273，獲取有關免費或低成本醫療計劃的資訊。							
本人孩子對以下藥物過敏：							
本人孩子目前正在服用以下藥物：							
茲證明本人已閱讀並理解此表，並特此授予關於緊急醫療的授權，並且本人在此表中提供的所有資訊均真實準確。							
X						日期	
以下人士的簽名：_____（請勾選一項） <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 法定監護人 照護人（宣誓書）							

學生姓氏

名字

中間名首字母

* 所選電話號碼必須是直撥電話號碼（無分機號）。