

運動員緊急連絡訊息

伴隨每一隊

For Office Use Only

請以印刷體填寫

學生姓名 _____ 出生年月日 _____ 圈選年級: 9 10 11 12

姓 名
地址 _____ 城市 _____ 郵遞區號 _____ 住家電話() _____

父親/監護人 _____ 工作電話() _____ 手機 #() _____

母親/監護人 _____ 工作電話() _____ 手機 #() _____

需要填寫以下訊息。如果貴子弟在學校或學校贊助的活動中生病或受傷，當無法連絡上你時，請填寫於緊急狀況時可連絡的負責任成人。

姓名 _____ 日間電話() _____ 關係 _____

姓名 _____ 日間電話() _____ 關係 _____

敘述任何顯著的健康問題 _____

醫生/診所名稱 _____ 醫療保險公司 _____ 醫療保險卡卡號# _____

地址 _____ 電話 _____

牙醫姓名 _____ 電話 _____

加州法律要求家長告知學校學生定期服用的藥物、目前的劑量、以及開藥的醫生姓名。

如果無法連絡到您，您是否同意由學校進行適當的醫療協助，如果有需要，包括叫救護車，由您支付費用？ 是 ___ 否 ___

如果勾選否，請告知您希望學校採取什麼行動？ _____

家長/監護人簽名 _____

日期 _____