



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

فارسی

اطلاعات ضروری دانش آموز در مواقع اضطراری

توجه والدین: لطفا با دقت فرم را پر نموده و جای مورد نظر را امضا بفرمایید. در مواقع اضطراری، طبق قوانین منطقه ای و به منظور امنیت بیشتر، دانش آموزان در مدرسه باقی می مانند. این فرم به هنگام ترخیص دانش آموزان، توسط کارکنان مدرسه استفاده خواهد شد. لطفا این فرم را به صورت الکترونیکی یا با دست دقیقاً پر نموده و به مدرسه بازگردانید.

نام خانوادگی دانش آموز		نام دانش آموز		نام وسط	
تاریخ تولد		کلاس		زبان اصلی درخانه	
زیپ کد		شماره واحد		خیابان	
زیپ کد		شماره واحد		خیابان	
نام خانوادگی ولی یا سرپرست قانونی		نام		نسبت با دانش آموز	
زیپ کد		شهر		خیابان	
آدرس ای-میل:		مشخص کنید به کدام تلفن برای موارد زیر تماس گرفته شود		شماره های تماس	
اضطراری		تلفن همراه		منزل	
رسیدگی به امور		تلفن همراه		منزل	
سایر موارد		تلفن همراه		منزل	
نام خانوادگی ولی یا سرپرست قانونی		نام		نسبت با دانش آموز	
زیپ کد		شهر		خیابان	
آدرس ای-میل:		مشخص کنید به کدام تلفن برای موارد زیر تماس گرفته شود		شماره های تماس	
اضطراری		تلفن همراه		منزل	
رسیدگی به امور		تلفن همراه		منزل	
سایر موارد		تلفن همراه		منزل	
به مدیر مدرسه: در صورتی که در مواقع اضطراری موفق به تماس با اینجانب نشدید، اجازه تماس با تحویل فرزندم به این افراد را دارید:					
نام		نسبت		تلفن منزل	
نام		نسبت		تلفن منزل	
نام		نسبت		تلفن منزل	
نام اعضای دیگر خانواده که در این مدرسه حضور دارند:					
نام خانوادگی		نام		شماره اتاق	
نام خانوادگی		نام		شماره اتاق	
اجازه والدین برای انجام اقدامات درمانی ضروری					
امضاء کننده، ولی/سرپرست قانونی					
به عنوان صغیر، بدین وسیله به مدیر مدرسه و یا فرد منتخب وی، که امنیت و سلامت دانش آموز به عهده آنها سپرده شده، اجازه انجام هرگونه آزمایشات ایکس-ری، بی هوش کننده، اقدامات پزشکی و جراحی، اقدامات درمانی، و/یا بستری دانش آموز در بیمارستان براساس توصیه پزشک یا دندان پزشک دارای مجوز را می دهم. همچنین مطلع می باشم که این اجازه و اختیار قبل از احتیاج به هرگونه اقدامات پزشکی، درمانی، و یا بستری دانش آموز در بیمارستان بر اساس تشخیص پزشک یا دندان پزشک دارای مجوز، اعلام می دارم. این اجازه منطبق بر بخش 49407 قوانین تحصیلی کالیفورنیا لوس آنجلس جهت انجام هرگونه اقدامات پزشکی، درمانی، و یا بستری دانش آموز در بیمارستان بر اساس تشخیص پزشک یا دندان پزشک دارای مجوز، اعلام می دارم. این اجازه منطبق بر بخش 49407 قوانین تحصیلی کالیفورنیا صادر شده و تا زمانی که به صورت رسمی و کتبی تغییر نیافته و به اتحادیه ابلاغ نشده باشد، لازم به اجرا می باشد. اینجانب، مطلع می باشم که اتحادیه، کارکنان و کارمندان آن هیچگونه مسنولیتی در قبال ایاب و ذهاب دانش آموز به عهده ندارند. همچنین مطلع می باشم که کلیه هزینه های ایاب و ذهاب پزشکی، بستری در بیمارستان، کلیه آزمایشات، ایکس-ری و یا اقدامات درمانی که رضایت خود را از انجام آنها اعلام داشته ام، تنها به عهده ولی/سرپرست قانونی دانش آموز می باشد.					
توجه - لطفا کلیه نکات پزشکی که به هنگام درمان باید مورد توجه قرار بگیرند را ذکر کنید. این نکات شامل مواردی چون آسم و یا حساسیت به چیزها بی مانند بادام زمینی و یا نیش زنبور می باشد. در غیر اینصورت لطفا بنویسید "هیچ گونه"					
آیا دانش آموز دارای بیمه می باشد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> اگر "بله"					
<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> بیمه خصوصی					
شماره HEALTHY FAMILIES		شماره گروه		شماره گروه	
نام پزشک/ مطب درمانی		شماره تلفن پزشک/ مطب درمانی		شماره تلفن پزشک/ مطب درمانی	
اگر دانش آموز از بیمه درمانی برخوردار نمی باشد، می توانید با تلفن مجانی اتحادیه، به شماره 1-866-742-2273 تماس گرفته و از اطلاعات مربوط به درمان رایگان و یا ارزان مطلع شوید.					
فرزند من به این داروها حساسیت دارد:					
فرزند من درحال حاضر از این داروها استفاده می کند:					
اینجانب گواهی می دهم که کلیه موارد فوق را خوانده و مطلع می باشم، و بدین وسیله رضایت خود را جهت انجام اقدامات اضطراری درمانی اعلام داشته، همچنین کلیه اطلاعات فراهم شده کاملا صحیح می باشد.					
تاریخ					

نام خانوادگی دانش آموز

نام دانش آموز

نام وسط