



2008-2009 ШКІЛЬНИЙ РІК/SCHOOL YEAR

КЛАС
Grade

ОСОБИСТІ ВІДОМОСТІ PERSONAL INFORMATION

ПРИЗВИЩЕ

Last Name

УКРАЇНСЬКОЮ
in Ukrainian

АНГЛІЙСЬКОЮ
in English

ІМ'Я

First Name

УКРАЇНСЬКОЮ
in Ukrainian

АНГЛІЙСЬКОЮ
in English

ДЕНЬ НАРОДЖЕННЯ

Birthday

МІСЯЦЬ
month

ДЕНЬ
day

РІК
year

МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯ

City of Birth

КРАЇНА НАРОДЖЕННЯ

Country of Birth

АДРЕСА МЕШКАННЯ:

Current Address:

БУДИНОК І ВУЛИЦЯ

Building and Street

КВАРТИРА

Apartment

МІСТО

City

ШТАТ

State

ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

Zip Code

ТЕЛЕФОН

Phone

АДРЕСА ЕЛЕКТР. ПОШТИ

E-mail Address

@

ІМЕНА БАТЬКА ТА МАТЕРІ

Parents' Names

УКРАЇНСЬКОЮ
in Ukrainian

АНГЛІЙСЬКОЮ
in English

ВІРОВИЗНАННЯ

Religion

НАЗВА ПАРАФІЇ

Parish Name

КЛАС АМЕРИКАНСЬКОЇ ШКОЛИ

Grade in American School

НАЗВА АМЕРИКАНСЬКОЇ ШКОЛИ

American School Name

ПІДПИС БАТЬКА, МАТЕРІ АБО ОПІКУНА ✕

Parent's or Guardian's Signature

Дата

Date

ФОРМА ДОЗВОЛУ ДЛЯ ІНТЕРНЕТНИХ І ГАЗЕТНИХ ПУБЛІКАЦІЙ WEB & NEWSLETTER PUBLISHING PERMISSION FORM

Я даю свій дозвіл для публікації світлин мого сина/доньки _____

I give my permission to publish pictures of my son/daughter

з підписом, що може містити ім'я та першу літеру прізвища, на шкільному вебсайті
www.shevchenkoschool.org та в пресі.

with a caption that might include his/her first name and the first letter of the last name on the School's website
www.shevchenkoschool.org and in press.

Підпис: ✕ _____

Signature:

Дата: _____

Date:

ПОВНЕ ІМ'Я БАТЬКА/МАТЕРІ/ОПІКУНА: _____

Full name of a parent/guardian:

Див. на звороті / See next page

ДОЗВІЛ НА НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION

Ім'я учня _____ Клас _____ Дата народження _____
Student Name _____ Grade _____ Date of Birth _____

Учень мешкає з _____
(обвести все, що стосується):
Student resides with (circle all that apply):

матір'ю	батьком	мачухою	вітчимом	дідусям або бабусею	опікуном	інше _____
Mother	Father	Stepmother	Stepfather	Grandparent	Guardian	Other

МЕТА: ДАТИ МОЖЛИВІСТЬ БАТЬКАМ І ОПІКУНАМ ДОЗВОЛИТИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ, ЩО ЗАХВОРИЛИ АБО БУЛИ ТРАВМОВАНІ ПІД ЧАС ПЕРЕБУВАННЯ В ШКОЛІ, КОЛИ НЕМОЖЛИВО ЗВ'ЯЗАТИСЯ З БАТЬКАМИ АБО ОПІКУНАМИ.

PURPOSE: TO ENABLE PARENTS AND GUARDIANS TO AUTHORIZE THE PROVISION OF EMERGENCY TREATMENT FOR CHILDREN WHO BECOME ILL OR INJURED UNDER SCHOOL AUTHORITY, WHEN PARENTS OR GUARDIANS CANNOT BE REACHED.

ЧАСТИНА ПЕРША АБО ДРУГА МАЄ БУТИ ВИПОВНЕНА / PART I OR II MUST BE COMPLETED

ЧАСТИНА ПЕРША – ЗГОДА НА НАДАННЯ ДОПОМОГИ | PART I – CONSENT FOR TREATMENT

Контактна інформація / Contact Information _____ Телефон / Phone _____

Ім'я матері / Mother's Name _____

Ім'я батька / Father's Name _____

Інші місцеві особи, котрим можна повідомити, якщо не можна зв'язатися з жодним з батьків:
Local alternative persons to be notified in case neither parent can be reached:

Ім'я / Name _____

Ім'я / Name _____

Зателефонувати лікареві / Doctor to be called _____

Зателефонувати дантистові / Dentist to be called _____

Зателефонувати медичному фахівцеві / Medical specialist to be called _____

Місцева лікарня, котрій надасте перевагу / Preferred Local Hospital _____

Телефон кімнати невідкладної допомоги / Emergency Room Phone _____

У випадку, якщо помірковані спроби зв'язатися зі мною зазнали невдачі, я даю цим свою згоду на (1) надання будь-якої допомоги, котру названий вище лікар вважатиме за необхідну, або, якщо цей лікар недоступний, інший лікар або дантист; і (2) перевезення дитини до будь-якої помірковано доступної лікарні. Цей дозвіл не поширюється на серйозні хірургічні операції, якщо перед проведенням таких операцій не отримані медичні оцінки двох інших ліцензованих лікарів або дантистів.
In the event reasonable attempts to contact me have been unsuccessful, I hereby give my consent for (1) the administration of any treatment deemed necessary by above-named doctor or, in the event the designated preferred practitioner is not available, by another licensed physician or dentist; and (2) the transfer of the child to any hospital reasonable accessible. This authorization does not cover major surgery unless the medical opinions of two other licensed physicians or dentists, concurring in the necessity for such surgery, are obtained prior to the performance of such surgery.

Історія хвороб / Medical History:

Дані, що стосуються історії хвороб дитини, включаючи алергії, ліки, котрі вона приймає, та будь-які фізичні вади, про котрі повинен знати лікар:

Facts concerning the child's medical history, including allergies, medications being taken, and any physical impairments to which a physician should be alerted:

✕ _____

Підпис батька/матері/опікуна / Signature of Parent/Guardian

Дата / Date

Адреса / Address _____

ЧАСТИНА ДРУГА – ВІДМОВА ЗГОДИ | PART II – REFUSAL TO CONSENT

Я **НЕ ДАЮ** свою згоду на невідкладне медичне лікування моєї дитини. У випадку хвороби або травми, що потребує невідкладного лікування, я бажаю, щоб шкільна адміністрація вчинила наступне:

I **DO NOT** give my consent for emergency medical treatment of my child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment, I wish the school authorities to take the following action:

✕ _____

Підпис батька/матері/опікуна - Signature of Parent/Guardian

Дата / Date

Адреса / Address _____