



2009-2010 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

**Чи дитина отримує допомогу помічника вчителя для дітей з особливими потребами в щоденній школі?**

Does your child receives help from Special Needs Teaching Assistant in everyday school?

Tak/Yes

Hi/No

**Підпис батька, матері або опікуна** ✕

Parent's or Guardian's Signature

**Дата**

Date

**Повне ім'я батька/матері/опікуна:**

Full name of a parent/guardian:

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

Я даю свій дозвіл для публікації світлин мого сина/доньки на шкільному вебсайті [www.shevchenkoschool.org](http://www.shevchenkoschool.org) та в пресі.

I give my permission to publish pictures of my son/daughter on the School's website [www.shevchenkoschool.org](http://www.shevchenkoschool.org) and in press.

✕

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

Дата / Date

**Див. на звороті / See next page**

# ДОЗВІЛ НА НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

## EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION

Ім'я учня \_\_\_\_\_  
Student Name

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

#### 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