



ШКОЛА УКРАЇНОЗНАВСТВА ІМ. ТАРАСА ШЕВЧЕНКА
Українського Православного Собору св. Володимира, м. Парма, Огайо

TARAS SHEVCHENKO SCHOOL OF UKRAINIAN STUDIES

3425 MARIONCLIFF DRIVE • PARMA, OHIO 44134 • PHONE/FAX: 440-886-3223 • WWW.SHEVCHENKOSCHOOL.ORG



Клас | Grade: _____

2017-2018 ШКІЛЬНИЙ РІК | SCHOOL YEAR

ОСОБИСТІ ВІДОМОСТІ | PERSONAL INFORMATION

ІМ'Я УЧНЯ/УЧЕНИЦІ (українською) STUDENT'S FIRST NAME (in Ukrainian)	ПРИЗВИЩЕ УЧНЯ/УЧЕНИЦІ (українською) STUDENT'S LAST NAME (in Ukrainian)
ІМ'Я УЧНЯ (англійською) STUDENT'S FIRST NAME (in English)	ПРИЗВИЩЕ УЧНЯ (англійською) STUDENT'S LAST NAME (in English)

ДАТА НАРОДЖЕННЯ BIRTHDAY	МІСТО НАРОДЖЕННЯ CITY OF BIRTH	КРАЇНА НАРОДЖЕННЯ COUNTRY OF BIRTH
------------------------------------	--	--

ДОМ. АДРЕСА HOME ADDRESS	МІСТО CITY	ШТАТ STATE	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС ZIP CODE
------------------------------------	----------------------	----------------------	------------------------------------

ДОМАШНІЙ ТЕЛЕФОН HOME TELEPHONE	АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ E-MAIL ADDRESS
---	---

КЛАС АМЕРИКАНСЬКОЇ ШКОЛИ GRADE IN AMERICAN SCHOOL	НАЗВА АМЕРИКАНСЬКОЇ ШКОЛИ NAME OF THE AMERICAN SCHOOL
---	---

ІМ'Я БАТЬКА (українською) FATHER'S NAME (in Ukrainian)	ІМ'Я БАТЬКА (англійською) FATHER'S NAME (in English)	МОБІЛЬНИЙ CELL PHONE
--	--	--------------------------------

ІМ'Я МАТЕРІ (українською) MOTHER'S NAME (in Ukrainian)	ІМ'Я МАТЕРІ (англійською) MOTHER'S NAME (in English)	МОБІЛЬНИЙ CELL PHONE
--	--	--------------------------------

ВІРОВИЗНАННЯ БАТЬКІВ PARENTS' RELIGION	НАЗВА ПАРАФІЇ PARISH NAME
--	-------------------------------------

Дитина отримує допомогу помічника вчителя для дітей з особливими потребами в щоденній школі
The child receives help from Special Needs Assistant in everyday school

Учень мешкає з: матір'ю батьком мачухою вітчимом дідусем/бабусею опікуном

Student resides with mother father stepmother stepfather grandparent guardian

ДОЗВІЛ НА НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ | EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION

Дозволю надання невідкладної допомоги дитині, що захворіла або була травмована під час перебування в школі, коли неможливо зв'язатися з батьками або опікунами.
I give my permission to provide emergency treatment for the child who became ill or injured under school authority, when parents or guardians cannot be reached.

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

Ім'я Name	Телефон Phone
Ім'я Name	Телефон Phone
Зателефонувати лікареві Doctor to be called	Телефон Phone
Зателефонувати стоматологові Dentist to be called	Телефон Phone
Зателефонувати медичному фахівцеві Medical specialist to be called	Телефон Phone
Місцева лікарня, котрій надаєте перевагу Preferred Local Hospital	Телефон Phone
Телефон кімнати невідкладної допомоги Emergency Room Phone	Телефон Phone

Історія хвороб/алергії
Medical History/Allergies

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

Дата
Date