

Данная форма заполняется родителем/опекуном учащегося, отправляющегося на экскурсию, и может быть действительна в течение одного учебного года. Учащимся с выявленными проблемами со здоровьем может потребоваться более частое обновление этой формы. Родитель/опекун обязан сообщать школьной медсестре о любых изменениях в состоянии здоровья учащегося перед будущими экскурсиями в течение текущего учебного года.

А. Данные учащегося			
Имя, фамилия студента:	Дата рождения:	Пол:	Класс:
Имя, фамилия учителя:	Название школы:		
Б. Информация о родителях/опекунах			
Имя, фамилия родителя/опекуна:	Домашний номер телефона:	Номер мобильного телефона:	
Рабочий номер телефона:	Адрес электронной почты:		
С. Контактная информация на случай чрезвычайной ситуации (кроме родителя/опекуна)			
Имя контактного лица на случай чрезвычайной ситуации:	Номер мобильного телефона:	Другой номер телефона:	
Отношение:	Адрес электронной почты:		
Д. Информация об образовании учащегося			
Есть ли у учащегося в школе действующая индивидуальная программа обучения (IEP)?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у учащегося в школе действующий План по разделу 504?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Е. Есть ли у учащегося аллергия? Если да, отметьте все подходящие варианты.		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Пищевая аллергия (перечислите и опишите реакцию): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> Аллергия на лекарства (перечислите и опишите реакцию): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> Аллергия на укусы насекомых (перечислите и опишите реакцию): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> Сезонная аллергия (объясните): _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> Другое (объясните): _____ _____ _____			
<input checked="" type="checkbox"/> Принимает ли ваш ребенок лекарства от аллергии? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, перечислите названия принятых/назначенных лекарств: _____ _____ _____			

F. Есть ли у студента какие-либо текущие проблемы со здоровьем? Если да, пожалуйста, отметьте все подходящие варианты:		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Нарушение свертываемости крови <input type="checkbox"/> Запор <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Эмоциональное/психологическое состояние <input type="checkbox"/> Порок/заболевание сердца		<input type="checkbox"/> Нарушение опорно-двигательного аппарата <input type="checkbox"/> Судорожный синдром <input type="checkbox"/> Ношение очков/контактных линз <input type="checkbox"/> Другое: _____ <input type="checkbox"/> Специализированная процедура физиотерапевтического лечения Если выбрано, укажите тип процедуры: _____	
Опишите проблемы со здоровьем, выбранные выше: _____			
❖ Имеются ли у учащегося какие-либо физические ограничения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет: Если да, пожалуйста, объясните: _____			
❖ Есть ли у учащегося какие-либо ограничения в питании? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет: Если да, пожалуйста, объясните: _____			
G. Медикаменты			
Нужны ли учащемуся лекарства во время экскурсии? Если да, см. пункты 1, 2, 3 ниже. Проконсультируйтесь со школьной медсестрой.		<input type="checkbox"/> Да 1, 2, 3	<input type="checkbox"/> Нет
1. Для выдачи обычных безрецептурных лекарств, которые необходимо принимать во время экскурсии с ночевкой, родители/опекуны должны получить заполненную форму «Запрос и предварительное разрешение на прием безрецептурных лекарств во время экскурсии с ночевкой» , которая включает в себя согласие с подписью родителя/опекуна и письменное распоряжение лицензированного поставщика медицинских услуг. 2. Чтобы получать лекарства (рецептурные и безрецептурные препараты, не указанные в приведенной выше форме) во время экскурсии, родители/опекуны должны получить заполненную форму «Запрос на прием лекарств во время школьных занятий» , которая включает согласие с подписью родителя/опекуна и письменное распоряжение лицензированного поставщика медицинских услуг. 3. Заполненные формы «Запрос на прием лекарств во время школьных занятий» и/или «Запрос и предварительное разрешение на прием безрецептурных лекарств во время экскурсии с ночевкой» необходимо вернуть в школу не позднее чем за 7 дней до отправления с подписями родителя/опекуна и лицензированного поставщика медицинских услуг. В случае возникновения необходимости неотложной медицинской помощи будет вызвана служба 911/скорой медицинской помощи, и учащийся будет доставлен в ближайшее медицинское учреждение.			
H. Дополнительная информация о здоровье			
Пожалуйста, предоставьте любую дополнительную информацию о состоянии здоровья студента: _____			
I. Согласие родителя/опекуна			
Я подтверждаю, что информация, содержащаяся в настоящем документе, является достоверной и правильной, насколько мне известно, и уведомлю школьную медсестру о любых изменениях в состоянии здоровья учащегося.			
Подпись родителя/опекуна _____		Дата _____	