



# Jump Start 報名表

請完成前後兩頁並 交還至你孩子將會就讀的幼稚園。 查看 [學校目錄](#)。 或電郵至 [jumpstart@seattleschools.org](mailto:jumpstart@seattleschools.org) 或郵寄至: Seattle Public Schools MS 31-588, PO Box 24165 - Seattle, WA 98124

學校名稱: \_\_\_\_\_

孩子全名: \_\_\_\_\_

孩子喜歡被稱的名字: \_\_\_\_\_

孩子生日: \_\_\_\_\_ 性別:  男  女  其它 \_\_\_\_\_

住址和郵區: \_\_\_\_\_

家長/監護人姓名: \_\_\_\_\_

行動電話: \_\_\_\_\_ 工作或住家電話: \_\_\_\_\_

常用電郵: \_\_\_\_\_

家長/監護人姓名: \_\_\_\_\_

行動電話: \_\_\_\_\_ 工作或住家電話: \_\_\_\_\_

家庭主要使用語言: \_\_\_\_\_

孩子是否需要翻譯?  是  否

你的孩子是否有其他兄弟姊妹在學校就讀?  是  否

如果回答是, 請列出他們的姓名, 就讀年級和老師 \_\_\_\_\_

在幼稚園前, 你孩子有否曾經參加學前班或托兒所?  是  否

如果是, 在那? \_\_\_\_\_

學前班/托兒所名稱 地址 城市

請圈出你孩子在學前班的上課天: 星期 一 二 三 四 五 六 日

每天上課的時數: \_\_\_\_\_

**緊急聯絡人** (除了上面所列的人士, 如果在第一時間無法與你連絡上, 是否有其他人士在緊急情況下願意幫你接送小孩。)

1. 姓名: \_\_\_\_\_ 與學生關係: \_\_\_\_\_

行動電話: \_\_\_\_\_ 工作或住家電話: \_\_\_\_\_

2. 姓名: \_\_\_\_\_ 與學生關係: \_\_\_\_\_

行動電話: \_\_\_\_\_ 工作或住家電話: \_\_\_\_\_

**准許拍照/錄影:** 你是否准許讓子女在 課程中拍照/錄影, 是只作為學校來使用?  是  否

# 健康與發展資訊

1.  過敏/過敏反應– 請把學生對於過敏的個人健康計畫(IHP) 一同附上。
  - a. 學生對甚麼過敏? \_\_\_\_\_
  - b. 是  否  學生是否有腎上腺素注射器救援處方?
  
2.  哮喘與救援藥物 (例如: 救援吸入器)
  - a. 是  否  當孩子哮喘發作時, 是否經常使用救援吸入器?
  - b. 是  否  在過去一年, 孩子是否因為哮喘需要住院?
  - c. 是  否  在過去一年, 你的孩子是否因為哮喘發作需要使用類固醇(prednisone)藥物?
  
3.  癲癇發作– 請把學生對於癲癇的個人健康計畫(IHP) 一同附上。
  - a. 是  否  我的學生在癲癇發作時需要的緊急藥物。  
藥物: \_\_\_\_\_
  
4.  糖尿病– 請把學生對於糖尿病的個人健康計畫(IHP) 一同附上。
  - a. 我的學生有:  胰島素泵  胰島素筆針  胰島素注射
  
5.  其它健康、發展或行為上的資訊: \_\_\_\_\_
  - a. 安排好個人健康計畫(IHP)? 是  否  有生命危險? 是  否
  - b. 需要藥物或治療: \_\_\_\_\_
  
6.  個人教育計畫(IEP)? 是  否  504?  是  否  在下面段落(#8) 請說明需要職員提供的照顧。
  
7.  我的學生沒有任何已知健康上的關注

8. 在學校使用的藥物 (每天, 緊急情況, 等等。)		在校進行的治療方式 (例如插管進食, 吸痰, 上廁所, VNS 刺激器, 等等.)	
時間	藥名, 計量& 使用方法	時間	治療方式
<p>我們能為你子女提供特定的支持:</p>   			

家長簽名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

家長簽名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**重要:** 如果你的孩子有嚴重健康問題並需要在學校服用藥物, 在Jump Start開始前, 我們需要有一份書面的[個人健康計畫\(IHP\)](#) 和一份[藥物使用授權書](#)在學校的檔案中。 如果沒有這些文件, 在Jump Start上課時, 家中的成人需要留在學校以防萬一有任何緊急情況出現。 如果你的孩子需要個人健康計畫, 請致電(206) 252-0750 (西雅圖公立學校健康服務部), 我們會協助你。