

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](#)。

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

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。

或電郵至 jumpstart@seattleschools.org 或郵寄至: Seattle Public Schools MS 31-588, PO Box 34165 - Seattle, WA 98124