

## Đăng ký Emerson Jump Start 2025

1. Tên của trẻ \_\_\_\_\_
2. Họ của trẻ em \_ \_\_\_\_\_
3. Tên mà con bạn thích đặt là gì? \_\_\_\_\_
4. Ngày sinh \_\_\_\_\_
5. Giới tính \_ \_\_\_\_\_
6. Địa chỉ \_ \_\_\_\_\_
7. Mã bưu chính \_ \_\_\_\_\_
8. Tên của phụ huynh người giám hộ chính \_ \_\_\_\_\_
9. Họ của người giám hộ chính \_ \_\_\_\_\_
10. Số điện thoại di động của phụ huynh giám hộ chính \_ \_\_\_\_\_
11. Số điện thoại nhà/cơ quan của phụ huynh giám hộ chính \_ \_\_\_\_\_
12. Địa chỉ email của phụ huynh giám hộ chính \_ \_\_\_\_\_
13. Tên của phụ huynh người giám hộ thứ cấp \_ \_\_\_\_\_
14. Họ của phụ huynh người giám hộ thứ cấp \_ \_\_\_\_\_
15. Số điện thoại di động của phụ huynh giám hộ thứ cấp \_ \_\_\_\_\_
16. Số điện thoại nhà/ cơ quan của phụ huynh giám hộ thứ cấp \_ \_\_\_\_\_
17. Địa chỉ email của phụ huynh giám hộ thứ cấp \_ \_\_\_\_\_
18. Ngôn ngữ chính của gia đình \_\_\_\_\_
19. Cần có phiên dịch Có Không
20. Bạn có con nào khác học ở trường này không? Có Không
21. Nếu bạn có những đứa trẻ khác đang học tại Trường Tiểu học Emerson, vui lòng liệt kê tên và lớp của chúng. \_\_\_\_\_
22. Tên người liên hệ khẩn cấp (người mà bạn ủy quyền đón con bạn trong trường hợp khẩn cấp) \_ \_\_\_\_\_
23. Mối quan hệ liên lạc khẩn cấp với học sinh \_ \_\_\_\_\_

- 24.Số điện thoại di động liên lạc khẩn cấp \_ \_\_\_\_\_
- 25.Số điện thoại liên lạc khẩn cấp tại cơ quan/nhà riêng \_ \_\_\_\_\_
26. Tên người liên hệ khẩn cấp (người mà bạn ủy quyền đón con bạn trong trường hợp khẩn cấp) \_ \_\_\_\_\_
- 27.Mối quan hệ liên lạc khẩn cấp với học sinh \_ \_\_\_\_\_
- 28.Số điện thoại di động liên lạc khẩn cấp \_ \_\_\_\_\_
- 29.Số điện thoại liên lạc khẩn cấp tại cơ quan/nhà riêng \_ \_\_\_\_\_
30. Quyền chụp ảnh/quay video: Bạn có cho phép con bạn được chụp ảnh hoặc quay video trong Jump Start chỉ để sử dụng cho trường học không? Có Không
31. Học sinh của tôi đã biết có vấn đề về sức khỏe. Có Không
32. Dự ứng/Sốc phản vệ: Vui lòng mô tả kế hoạch chăm sóc sức khỏe cá nhân (IHP) của trẻ đối với chứng dị ứng này. \_\_\_\_\_
33. Học sinh bị dị ứng với cái gì? \_\_\_\_\_
34. Học sinh có đơn thuốc cấp cứu bằng ống tiêm tự động epinephrine không? Hen suyễn có thuốc cấp cứu (ví dụ: bình xịt cấp cứu) Có Không Không áp dụng
35. Học sinh có thường xuyên sử dụng bình xịt cứu hộ để điều trị các triệu chứng hen suyễn không? Có Không
36. Con của bạn có phải nhập viện vì bệnh hen suyễn trong năm qua không? Có Không
37. Con của bạn có sử dụng steroid (prednisone) để điều trị các triệu chứng hen suyễn trong năm qua không?  
Có Không
38. Rối loạn động kinh: Vui lòng mô tả kế hoạch chăm sóc sức khỏe cá nhân (IHP) của học sinh đối với chứng động kinh. \_\_\_\_\_
39. Nếu con bạn cần dùng thuốc khẩn cấp để điều trị chứng động kinh, thì đó là loại thuốc gì?  
\_\_\_\_\_

40. Bệnh tiểu đường : Vui lòng đính kèm kế hoạch chăm sóc sức khỏe cá nhân (IHP) của học sinh dành cho bệnh tiểu đường.

\_\_\_\_\_

41. Học sinh của tôi bị \_\_\_\_\_ bệnh tiểu đường.

Bơm Insulin Bút Insulin Insulin Tiêm

42. Nếu trẻ có bất kỳ vấn đề sức khỏe nào khác, vui lòng nêu rõ vấn đề hoặc phương pháp điều trị cần thiết:

\_\_\_\_\_

43. Con tôi có Kế hoạch bảo hiểm sức khỏe cá nhân (IHP):

\_\_\_\_\_

44. Tình trạng của con tôi đe dọa đến tính mạng:

\_\_\_\_\_

45. Con tôi hiện đang dùng các loại thuốc sau:

\_\_\_\_\_

46. Con tôi cần những phương pháp điều trị này: (nuôi ăn bằng ống, hút dịch, đi vệ sinh , v.v. :)

\_\_\_\_\_

*47. Trước khi tham gia Jump Start: Nếu con bạn có vấn đề sức khỏe nghiêm trọng cần dùng thuốc tại trường, hãy gửi cho trường Kế hoạch chăm sóc sức khỏe cá nhân (IHP) & Giấy phép dùng thuốc. Gọi (206) 252-0750 (Dịch vụ chăm sóc sức khỏe SPS) để được trợ giúp hoặc giải đáp thắc mắc. Nếu không có những giấy tờ này, một thành viên gia đình trường thành sẽ phải ở lại Jump Start trong trường hợp khẩn cấp.*

Tôi hiểu các yêu cầu. Chữ ký của phụ huynh \_ \_\_\_\_\_

48. Điều gì sẽ giúp con bạn cảm thấy thoải mái khi tham gia vào trường học?

\_\_\_\_\_

49. Nhân viên có thể làm gì để giúp con bạn kết bạn và tận hưởng Jump Start?

\_\_\_\_\_

50. Con của bạn có: Kế hoạch giáo dục cá nhân (IEP) không: Có Không

51. Con của bạn có Kế hoạch 504 không? Có Không

52. *Trước khi bắt đầu Jump Start: Nếu bạn có lo ngại về con mình hoặc con bạn có IEP hoặc 504, chúng tôi sẽ muốn nói chuyện với bạn cùng nhau lập kế hoạch. Vui lòng gọi đến trường của bạn để nói chuyện với Trợ lý Hiệu trưởng hoặc Hiệu trưởng.*

Tôi hiểu các yêu cầu.

53. Họ tên đầy đủ của phụ huynh (vui lòng viết hoa) \_\_\_\_\_

54. Chữ ký của phụ huynh \_\_\_\_\_

55. Ngày \_\_\_\_\_