

Анкета о состоянии здоровья учащегося

Дата заполнения регистрационных форм учреждения программы PFA: __

Имя учащегося: _____ Фамилия: _____

Дата рождения: _____ Пол: _____

Идентификационный номер учащегося в программе Preschool for All: _____

Учреждение программы Preschool for All: _____

Имя родителя/опекуна: _____ Номер телефона: _____

Дополнительный номер телефона: _____ Адрес эл. почты: _____

На каком языке (языках) вы предпочитаете получать сообщения? _____

Получает ли ваш ребенок в настоящее время услуги в рамках программы
раннего детства округа Малтнома (имеет ли он индивидуальный план
обслуживания семьи – IFSP)? Да___ Нет___

- Есть ли у вашего ребенка какие-либо медицинские потребности или заболевания из перечисленных ниже?

___Астма ___Диабет ___Судороги ___Надпочечниковая недостаточность

Аллергии (перечислите): _____ Будет ли EpiPen (автоинъектор
эпинефрина) находится в школе? Да___ Нет___

Медицинские потребности/оборудование: _____

Другое: _____

- Будет ли вашему ребенку требоваться прием каких-либо лекарств в
школьные часы? Да___ Нет___

Если да, укажите лекарственные препараты: _____

- Есть ли у вас беспокойство по поводу любой из областей, перечисленных ниже?
(Отметьте все подходящие варианты)

___Зрение ___Слух ___Зубы ___Прием пищи/глотание

Подпись родителя: _____ Дата: _____