

2019-2020 mokslo metu**ŠEIMU REGISTRACIJOS FORMA**

Data: _____

Mamos vardas, pavardė: _____

Tėčio vardas, pavardė: _____

Adresas: _____

Namų numeris, gatvės pavadinimas Miestas Valstija Pašto indeksas

Telefonas Mobilus: mamos _____, tėčio _____

E-pašto adresai: mamos _____, tėčio _____

Mokinių vardai ir pavardės, gimimo data (mokyklinių ir priešmokyklinių klasių):

1. _____
Vardas Pavardė Pilna gimimo data (metai, mėnuo, diena)
2. _____
Vardas Pavardė Pilna gimimo data (metai, mėnuo, diena)
3. _____
Vardas Pavardė Pilna gimimo data (metai, mėnuo, diena)
4. _____
Vardas Pavardė Pilna gimimo data (metai, mėnuo, diena)

Neatidėliotinos pagalbos atveju, nurodykite dar du žmones, jų telefonų numerius ir jų santykį su vaiku (senelis, teta, kaimynai, draugai ir tt), kurie pasirūpins jūsų vaiku, jei mokyklos darbuotojai pamokų metu negalės susisiekti su mokinio tėvais.

1. _____
Vardas Pavardė Mobilaus telefono numeris (santykis su vaiku-relation)
2. _____
Vardas Pavardė Mobilaus telefono numeris (santykis su vaiku-relation)

Medicininio draudimo pavadinimas: _____

Group Nr. _____ Policy Nr. _____

Ar jūsų vaikas yra alergiškas ir jei yra, kokių priemonių mes turėtume imtis? TAIP _____ NE _____

Jei TAIP, kam yra alergiškas ir kokių priemonių esant neatidėliotinos pagalbos atveju mes turime imtis _____

Šeimos gydytojas _____ Telefono numeris _____
Vardas Pavardė

Aš, _____ įgalioju aukščiau nurodytą gydytoją,
Vieno iš tėvų Vardas Pavardė

kaip asmenį, į kurį reikia kreiptis dėl mano vaiko sunkios ligos, sužalojimo ar nelaimingo atsitikimo atveju. Visas su gydymu, pirmąją pagalba susijusias išlaidas prisiimame apmokėti patys.

I _____ authorize the above physician as the
One of parent's First and Last name

one to whom my child is to be referred in the event of serious illness, injury or accident. Any obligation for medical expense resulting from treatment in such a case is to be handled by me.

Vieno iš tėvų vardas ir pavardė: _____

Parašas: _____

Data: _____