НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ DYCD

(Заполняется родителем или опекуном)

Имя учащегося: _____ **Дата рождения:** _____

1. **Если моему ребенку потребуется медицинская помощь, а я окажусь вне досягаемости, я даю согласие на то, чтобы указанная выше программа подготовки после окончания школьных занятий обеспечила предоставление моему ребенку необходимой медицинской помощи. Я даю согласие на оплату всех расходов, связанных с неотложной медицинской помощью, которую получит мой ребенок. Я понимаю, что до и после оказания медицинской помощи будут предприняты все возможные попытки связаться со мной.**

2. **Сразу после оказания медицинской помощи мой ребенок будет передан следующим людям:**

Имя: _____ Кем приходится ребенку: _____

Адрес: _____

Домашний телефон: _____ Работодатель: _____

Рабочий телефон: _____

Имя: _____ Кем приходится ребенку: _____

Адрес: _____

Домашний телефон: _____ Работодатель: _____

Рабочий телефон: _____

Имя: _____ Кем приходится ребенку: _____

Адрес: _____

Домашний телефон: _____ Работодатель: _____

Рабочий телефон: _____

3. **Информация о медицинском обслуживании/медицинской страховке**

Врач учащегосяг: _____ Страховая компания: _____

Телефон: _____ Личный номер держателя полиса: _____

Аллергии: _____ Религиозные предпочтения: (необязательно) _____

Последняя прививка от столбняка: _____ Принимает лекарства: _____

Адрес (врача учащегося): _____

Дополнительные примечания: _____

---

4. **Я понимаю, что данное согласие вступает в силу с даты подписания мною данной формы и будет действительно в течение всего периода участия моего ребенка в этой программе** подготовки после окончания школьных занятий**.**

_____

Подпись родителя/опекуна Дата