

학생 알레르기 병역 양식

학생:	학교:	유효 일자:
생년월일:	학년:	교사:

참고: 음식 알레르기 및 아나필락시스 응급 처치 계획은 매년 5월 1일 이후 각 학교/SACC 연도가 시작될 때와 해당 계획이 수정될 때마다 제출해야 합니다.

학부모/보호자가 작성하기 바랍니다

연락 정보		
학부모/보호자, 1순위:		
주소:		
전화번호 - 집:	직장:	휴대용:
학부모/보호자, 2순위:		
주소:		
전화번호 - 집:	직장:	휴대용:
비상 연락처, 1순위:		
전화번호 - 집:	직장:	휴대용:
비상 연락처, 2순위:		
전화번호 - 집:	직장:	휴대용:
의료 제공자 이름:	사무실 전화번호:	
의료 내역		
귀하 자녀는 무엇에 알레르기가 있습니까?		
진단을 받았을 때 자녀는 몇 살이었습니까?		
자녀가 생명을 위협받는 반응을 보인 적이 있습니까?		
자녀의 일반적 알레르기 반응은 무엇입니까?		
자녀는 천식이 있습니까?		
자녀는 피해야 할 음식/알레르기 유발 물질이 무엇인지 알고 있습니까?		
자녀는 학교에서 제공하는 아침 및/점심을 먹을 예정입니까?		
귀하는 자녀에게 학교/SACC에서 먹을 음식 및 간식을 제공할 예정입니까?		
자녀는 학교/SACC에 어떻게 등교합니까?		
<input type="checkbox"/> 버스 번호 <input type="checkbox"/> 차량 <input type="checkbox"/> 도보		