



戶外環境教育計畫 家長/監護人同意書

Outdoor Environmental Education Programs
Office of Curriculum and Instructional Programs
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS表格345-7
2018年1月

供家長/監護人參考的說明: 請填妥這份表格並把它交給孩子的老師。在抵達戶外教育中心時,老師會把填妥的表格交給保健助理或護士。

學生的名 _____ 學生的姓 _____ MCPS ID# _____
 學生喜歡/選擇被叫的名字 _____ 出生日期 _____/_____/_____
 住址 _____
 學校名稱 _____

請勾選所有適用的選項:

- 我的孩子需要服藥。(家長必須提供貼有恰當標籤的原包裝藥物,而且這些藥物必須是通過MCPS表格525-13,服用處方藥授權表獲得恰當授權的藥物。不得給學生服用不符合MCPS規章JPC-RA,給學生服藥規定的藥物。)
- 我的孩子應當服用以下非處方藥 _____。
我已經提交了MCPS表格525-13,服用處方藥授權表。(只有在戶外環境教育計畫中服用非處方藥不需要醫生的簽名。)
- 我的孩子對昆蟲叮咬過敏,可能會需要治療。如果需要使用腎上腺素,請附上MCPS表格525-14,對嚴重過敏反應的緊急護理。)
- 我的孩子以下食物有過敏反應 _____。
如果需要使用腎上腺素,請附上MCPS表格525-14,對嚴重過敏反應的緊急護理。
- 我的孩子對 _____ 過敏。
- 我的孩子有特殊的飲食要求 _____。(某些特殊的飲食需要家長提供部分食物。)
- 我的孩子有你們需要知道的其他特殊情況。它們是: _____

孩子最後一次注射破傷風針的日期 _____/_____/_____

必須提供的資料*

家長/監護人的住家電話 _____ - _____ - _____
 家長/監護人姓名 _____
 工作 _____ - _____ - _____ 手機 _____ - _____ - _____
 家長/監護人姓名 _____
 工作 _____ - _____ - _____ 手機 _____ - _____ - _____
 緊急聯繫人姓名 _____
 緊急聯繫電話 _____ - _____ - _____
 緊急聯繫人姓名 _____
 緊急聯繫電話 _____ - _____ - _____

*這項必須提供的緊急聯繫資料只供這項戶外教育計畫活動使用。如果您需要更新孩子的緊急聯繫資料,請與孩子所在學校聯繫。

保險資料

醫療保險公司的名稱 _____
 團體/機構 _____
 保單號碼 _____
如果家庭是HMO/PPO會員:
 團體(Group)名稱 _____
 使用的醫生診所 _____ I.D. # _____
 電話 _____ - _____ - _____
 家庭醫生的姓名 _____
 醫生的電話號碼 _____ - _____ - _____

如果您的孩子擔任高中學生助理,請勾選此格並列出孩子就讀的學校:

我同意讓我的孩子參加在附件中描述的戶外教育計畫,我已經讀過了這份附件。如果在緊急情況下無法與我取得聯繫時,我在此同意讓戶外教育中心的工作人員為我的孩子尋求適當治療。

家長/監護人姓名(請用正楷書寫) _____

簽名,家長/監護人 _____ 日期 _____/_____/_____