

**學生資料 Student Information**

學生姓名 Full Name	班級 Class	生日 DOB
地址 Address	住家電話 Home Phone	
城市 City	州 State	郵遞區號 Zip

**健康保險資料**  
**Insurance Information**

保險公司 Insurance Company
保險號碼 Policy Number

**請列出就讀長島文協的兄弟姊妹姓名和班級**  
**Please list any siblings attending CCALI**

姓名 Name	班級 Class

**緊急聯絡人 In case of emergency, notify the person below:**

	姓名 Name	關係 Relationship	電話 Phone Number
1			
2			
3			

**健康狀況 Health History**

請列出過敏症狀 List all Allergies	請列出服用的藥物 List all Medications
請列出其他健康、行動或是心理上需要特別注意的地方 List any other medical, mobility or concerns or restrictions mental health	

我保證所有提供的信息都是準確和完整的。我了解所要求的信息完全保密也僅在緊急情況下使用。在緊急的情況下，我授權將這些信息提供給緊急連絡相關人員，也了解相關人員將努力聯繫緊急連絡人。在緊急情況下如需立即的反應，我了解學校行政單位將做出最後的決定。

I assure all information provided is accurate and inclusive. I understand that the information requested is confidential and for emergency use only. In the case of emergency, I give permission for this information to be released to emergency personnel. I understand that efforts will be made to listed as the emergency contact. I understand in case of emergency and an immediate response is required, the school administration will contact the individual make the final decision.

家長/監護人簽名 Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ 日期 Date: \_\_\_\_\_

家長/監護人姓名 Parent/Guardian Name (please print): \_\_\_\_\_