

仅供 Junior and Teen Camp (青少年夏令营) 保密使用

必填健康信息

| | | |
|------|----|-----|
| 营员姓氏 | 名字 | 洗衣号 |
|------|----|-----|

父母 / 监护人授权。据我所知, 本健康记录正确无误, 本表填写人允许参与所有规定的活动。我在此允许在紧急情况下, Junior and Teen camp (青少年夏令营) 员工所选的医生为了我孩子的健康按医嘱进行 X 光、常规化验和治疗。在出现紧急情况下找不到我时, 我还允许 Junior and Teen camp (青少年夏令营) 员工所选的医生可让我的上述孩子住院, 为其获取适当治疗, 按医嘱注射和/或麻醉和/或手术。签名表示接受这些条款。

父母签名: _____ 日期: _____

父母的姓与名 (用正体字母书写) _____

| 疫苗 | 基础免疫年份 | 上次加强剂量年份 |
|----------------------|--------|----------|
| 白喉、百日咳、破伤风 = DPT | | |
| 破伤风、白喉 = TD | | |
| 破伤风 | | |
| 口服脊髓灰质炎 (Sabin) TOPV | | |
| 麻疹 (硬麻疹、红麻疹、风疹) | | |
| 腮腺炎 | | |
| 风疹 (德国麻疹、3 天麻疹) | | |
| 其他 | | |
| 结核菌素化验呈 _____ (最近) | | |
| b 型流感嗜血杆菌 (HIB) | | |
| 乙肝 | | |

持照医生推荐的医疗

我已对上述夏令营申请者进行了检查。

检查日期: _____ 20____

我认为, 上述状况 会 不会妨碍他/她参与活动性的夏令营计划。

| | | | | | |
|----|--|----|--|----|--|
| 身高 | | 体重 | | 血型 | |
|----|--|----|--|----|--|

医生正在为该申请者提供以下病症的治疗和药物:

| |
|--|
| |
|--|

必须填写

| | |
|------------|--|
| 持照医生全名 | |
| 持照医生签字 | |
| 国家, 城市, 地址 | |
| 电话 | |
| 填写日期 + 章 | |