

緊急治療同意書

Emergency Consent Form

子女中文姓名 Child 's Chinese Name : _____

Child 's Last Name : _____ First Name : _____

生日 Birthdate : _____ 年 Year _____ 月 Month _____ 日 Day

住址 Address : _____

BC, _____ 家庭電話 Tel (Not Cell) : _____

宗教信仰 Religion : 天主教 Catholic 其他 Other : _____

母語 Mother Language : 國語 Mandarin 廣東話 Cantonese

英語 English 其他 Other : _____

父親中文姓名 Father 's Chinese Name : _____

Father 's Last Name : _____ First Name : _____

工作 Work : _____ 手機 Cell : _____

Father 's Email : _____

母親中文姓名 Mother 's Chinese Name : _____

Mother 's Last Name : _____ First Name : _____

工作 Work : _____ 手機 Cell : _____

Mother 's Email : _____

緊急聯絡人姓名 Emergency Contact Name : _____

關係 Relationship : _____ 電話 Phone : _____

(非父母 Not Parents)

醫療卡號碼 Care Card # : _____ - _____ - _____

過敏症 Allergies / 服用藥物 Medications : (是 Yes / 否 No)

(如果是 If Yes) : _____

破傷風注射 Tetanus Shot Date : _____ 年 Year _____ 月 Month _____ 日 Day

家庭醫生 Family Doctor : _____ 電話 Tel. : _____

孩子牙醫 Child 's Dentist : _____ 電話 Tel. : _____



SFX Chinese School
聖方濟中文學校

428 Great Northern Way, Vancouver, British Columbia V5T 4S5
School Tel. (604) 254-2714(EXT110) Email:sfxcs1933@gmail.com
Sr. Mary Yuan Cell: 604-356-7605

緊急治療同意書

Emergency Consent Form

1. 按聖方濟中文學校的規定，在孩子生病或需要接受醫療時，我們將立即通知家長。如果我們無法聯絡到家長，而卻需要設法立刻救援孩子，在這種情況下，我們將會呼叫救護車。

It is the policy of SFX Chinese School to notify a parent when a child is ill or needs medical attention. Occasionally we cannot contact parents and we need to get immediate help for the child. Our procedure is to call 911 for ambulance service.

2. 請在此同意書上簽名，讓我們可以為您的子女採取適當的行動。請立刻把簽妥的同意書交回聖方濟中文學校。在救護車來到時，我們會備此同意書。

Please sign the consent below so that we can take the appropriate action on behalf of your child. Return the signed consent to the facility immediately. When ambulance arrives, we will take this consent with us to the emergency center.

3. 我特此准許聖方濟中文學校的人員，在我孩子 _____ 生病，而又未能聯絡到我們的時候，請校方呼叫救護車。

I hereby give consent for my child _____ when ill to receive 911 ambulance service called by SFX Chinese School Staff when I cannot be contacted.

簽名 Signature of Parents / Guardian

日期 Date