

## REGISTRACIJOS FORMA

Data: \_\_\_\_\_

Mokinio vardas	Mokinio pavardė	Gimimo data	Kur gimė	Skyrius 19-20 m.m.

Tėvo vardas: \_\_\_\_\_

Mamos vardas: \_\_\_\_\_

Tėvo pavardė: \_\_\_\_\_

Mamos pavardė: \_\_\_\_\_

Namų telefonas: \_\_\_\_\_

Mobilūs telefonai: tėvo \_\_\_\_\_ mamos \_\_\_\_\_

Abu tėvai lietuviai: TAIP  NE

Namų adresas: \_\_\_\_\_

Miestas: \_\_\_\_\_ Valstija: \_\_\_\_\_ Indeksas: \_\_\_\_\_

NESUSISIEKUS SU TĖVAIS SKAMBINTI TEL: \_\_\_\_\_

Vardas: \_\_\_\_\_ Pavardė: \_\_\_\_\_

Šiais metais mokyklos dalinamą informaciją sutinku gauti elektroniniu paštu:

TAIP  NE  El. pašto adresas: \_\_\_\_\_

*Alergijos, naudojami vaistai arba kitos pastabos apie Jūsų vaiką:* \_\_\_\_\_

### Emergency Medical Care Authorization

I, \_\_\_\_\_, parent or guardian, hereby give consent and authorization to Lithuanian Cultural School of Chicago to secure EMERGENCY medical treatment and attention necessary for the sole benefit of my child(ren). I understand that might involve taking the child to the nearest emergency clinic or hospital or calling paramedics and may require my/our child securing medical and surgical treatment. I will be responsible for emergency medical charges upon receipt of statement.

Insurance Carrier: \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_