

REGISTRACIJOS FORMA

Data: _____

Mokinio vardas	Mokinio pavardė	Gimimo data	Kur gimė	Skyrius 18-19 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: _____