

**Sedalia School District #200**

**Летняя школа продвинутого обучения вождению 2025**

**СТУДЕНТ Заявление о приеме/Планирование**

**Верните заявление в центральный офис по адресу 2806 Matthew Drive**

В июне будут сделаны индивидуальные звонки для планирования времени поездки в июле/августе

Театр средней школы Смит-Коттон-младший

Smith-Cotton Jr. High School Little Theater

**ДЛЯ ЗАПИСИ НА ЭТОТ КУРС СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ИМЕТЬ:**

**1) КАК МИНИМУМ РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЖДЕНИЕ УСПЕШНО**

**2)ЗАВЕРШИТЬ ВВОДНЫЙ КУРС ВОДИТЕЛЬСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Этот курс углубленного обучения вождению предоставляет дополнительные инструкции по вождению для учащихся старших классов. Студентам предстоит проехать по районам с интенсивным движением по шоссе I-70 до Колумбии и/или Канзас-Сити. Решение о продолжении обучения на каждом этапе курса принимается на основе здравого профессионального суждения профессионального инструктора.

**Имя ученика** \_\_\_\_\_ **Текущий класс** \_\_\_\_\_

**Возраст** \_\_\_\_\_ **Дата рождения** \_\_\_\_\_ **Текущая школа, в которой он учится** \_\_\_\_\_

**Домашний адрес** \_\_\_\_\_ **Город** \_\_\_\_\_ **Штат** \_\_\_\_\_ **индекс** \_\_\_\_\_

**Домашний телефон** \_\_\_\_\_ **Моб. телефон** \_\_\_\_\_ **электр. почты** \_\_\_\_\_

**Имя Родители Опекун** \_\_\_\_\_

**Место работы отца** \_\_\_\_\_ **Рабочий телефон** \_\_\_\_\_

**Место работы матери** \_\_\_\_\_ **Рабочий телефон** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Укажите, кому следует позвонить, если этим летом в школе произойдет чрезвычайная ситуация и ни с одним из родителей не удастся связаться:

**Имя** \_\_\_\_\_

**Телефон** \_\_\_\_\_ **Сотовый телефон** \_\_\_\_\_

В случае, если ни с одним из вышеперечисленных лиц не удастся связаться, я даю разрешение на получение неотложной медицинской помощи для моего ребенка и беру на себя ответственность за все медицинские расходы.

Пожалуйста, сначала свяжитесь с нашим семейным врачом - **Имя врача:** \_\_\_\_\_ **Телефон** \_\_\_\_\_

Если необходимы услуги больницы, наша информация: \_\_\_\_\_

(Поставщик страховки и номер полиса)

Специальная медицинская информация о моем ребенке, например, лекарства, необходимые в утренние часы, аллергии и т. д.

\_\_\_\_\_

**Родитель/опекун** \_\_\_\_\_ **Дата** \_\_\_\_\_