

**Sedalia School District #200**  
**Летняя школа водительского образования 2025**  
**СТУДЕНТ Заявление о зачислении/планировании**  
**Верните заявление в центральный офис по адресу 2806 Matthew Drive.**

**Примечание. Представленное ниже занятие предназначено только для занятий и не включает  
необходимое время вождения.**

2 июня – 1 июля 2025 г. (занятий 26 и 27 июня не будет)

Понедельник – пятница, 10:00am – 11:30am

Маленький театр средней школы Смит-Коттон-младший (Jr.High school Little Theater)

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ИМЕТЬ ПРАВО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ВОДИТЕЛЬСКОЙ ЧАСТИ КУРСА.**

Все студенты, допущенные к курсу обучения вождению, должны продемонстрировать уровень компетентности в контролируемой зоне вождения (парковка, ярмарочные площади и т. д.) перед выходом на дороги общего пользования. Решение о прохождении каждого этапа курса принимается на основе профессионального суждения профессионального инструктора.

**Имя учащегося** \_\_\_\_\_ **Текущий класс** \_\_\_\_\_

**Возраст** \_\_\_\_\_ **Дата рождения** \_\_\_\_\_ **Школа студента посещения** \_\_\_\_\_

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

**Домашний телефон** \_\_\_\_\_ **Мобильный телефон** \_\_\_\_\_ **адрес электронной почты** \_\_\_\_\_

**Имена родителей/опекунов** \_\_\_\_\_

**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 невозможно связаться:

**Имя** \_\_\_\_\_

**Телефон** \_\_\_\_\_ **Мобильный телефон** \_\_\_\_\_

В случае, если ничего из вышеперечисленного невозможно достичь, я даю разрешение на получение неотложной медицинской помощи для моего ребенка и принимаю на себя ответственность за все медицинские расходы.

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

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

(Страховая компания и номер полиса)

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

\_\_\_\_\_

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