



**SHKOLLA
SHQIPE**
NAPLES

586-907-9911
secretary@aao-swfl.org

INFORMACIONI PËR NXËNËSIN

Emri dhe Mbiemri _____
Data e Lindjes ____ / ____ / ____ Vendi i Lindjes _____
Gjinia ☐ Mashkull ☐ Femër
Adresa e Banimit _____
Qyteti _____ Kodi Postal _____
Numri i Telefonit _____ Email _____

INFORMACIONI I KONTAKTIT

Emri i Prindit/Kujdestarit _____
Numri i telefonit të shtëpisë _____ Numri Celularit _____
Emri i Kontaktit për Emergjencë _____ Numri i telefonit për emergjencë _____
Marrëdhënia me nxënësin _____ Numër alternativ _____

INFORMACIONI MJEKËSOR

A ka fëmija juaj ndonjë gjendje shëndetësore që rrezikon jetën? ☐ Po ☐ Jo
Nëse po, ju lutem shpjegoni:

A ka fëmija juaj nevojë për ilaçe në shkollë? ☐ Po ☐ Jo
Nëse po, ju lutem shpjegoni:

A ka ndonjë problem tjetër mjekësor ose alergji që duhet të dimë për fëmijën tuaj? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, ju lutem shpjegoni:

Nënshkrimi i Prindit:

____ / ____ / ____