

# 紧急联系人信息表

## Emergency Contact Information

学生姓名  
Student Name

学生班级  
Student Class

以下表格以备意外或医疗事故等紧急之需,内容非常重要,请务必仔细填写。请确保下表所填写的联系人中至少有一人在每学期期间长期居住在上海。最后,请签名并标注日期。

This information will be extremely important in the event of an accident or medical emergency. Please be sure to sign and date this form. Please make sure that at least one of the emergency contacts listed is in Shanghai during each semester.

### 第一紧急联系人 Primary Emergency Contact

姓名 Name	
与学生的关系 Relationship with student	
手机号码 Mobile Telephone	
家庭电话 Home Telephone	
工作电话 Work Telephone	
邮箱地址 Email Address	
联系地址 Address	
通信语言 Preferred Language	<input type="checkbox"/> 汉语 <input type="checkbox"/> English

### 第二紧急联系人 Secondary Emergency Contact

姓名 Name	
与学生的关系 Relationship with student	
手机号码 Mobile Telephone	
家庭电话 Home Telephone	
工作电话 Work Telephone	
邮箱地址 Email Address	
联系地址 Address	
通信语言 Preferred Language	<input type="checkbox"/> 汉语 <input type="checkbox"/> English

注:您希望医疗救助者了解的任何特殊医疗信息或个人信息及特殊联系方式,请写在下面:  
Comments (includes any special medical or personal information you would want an emergency care provider to know or special contact information:

--

父母签名  
Parent signature

日期  
Date