

دائرة الصحة بمقاطعة جينيبي
تصريح علاج
للأطفال والمرافقين

معلومات العميل

اسم الطفل

عنوان الطفل

رقم هاتف الوالد

اسم الوالد/الوصي

اسم الطبيب المعالج

نوع التأمين

في حالة التأمين الصحي من نوع ميديكيد، اذكر الرقم

أنا

أعطي التصريح بأن

(اسم الشخص المصاحب للطفل)

(الوالد/الوصي)

لإحضار طفلي الوارد اسمه أعلاه إلى دائرة الصحة بمقاطعة جينيبي لفحص الرصاص في

(التاريخ)

(التاريخ)

(توقيع الوالد/الوصي)

إذا كانت لديك أية أسئلة قبل تاريخ تقديم الخدمة، يرجى الاتصال على الرقم: 810-257-3833



**Genesee County
Health Department**

Your Health. Our Work.