سجل معلومات الطفل

ولاية ميشيغان - إدارة الترخيص والشؤون التنظيمية - ترخيص رعاية الأطفال

(DEPARTMENT OF LICENSING AND REGULATORY AFFAIRS)

التعليمات: ما لم تتم الإشارة لخلاف ذلك، يجب توفير كل المعلومات المطلوبة. إذا كانت المعلومات غير معروفة أو لا تنطبق، تكون الإجابة المطلوبة "غير معروفة" أو "لا يوجد". الحقل الفارغ أو خط خلال حقل أو "لا ينطبق" هي إجابات غير مقبولة.

للاستعمال من مقدم الخدمة فقط:	تاريخ الدخول	تاريخ الخروج

اسم الطفل (الاسم الأخير، الاسم الأول، الحروف الأولى الوسطى)			تاريخ ميلاد الطفل
العنوان (الرقم والشارع، رقم المبنى/الشقة)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
اسم الأب/الوصي القانوني	هاتف المنزل ( )	اسم الأم/الوصي القانوني	هاتف المنزل ( )
عنوان المنزل (إذا لم يكن عنوان الطفل)	الهاتف الخلوي ( )	عنوان المنزل (إذا لم يكن عنوان الطفل)	الهاتف الخلوي ( )
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)		عنوان البريد الإلكتروني (اختياري)	
اسم رب العمل	هاتف العمل ( )	اسم رب العمل	هاتف العمل ( )
اسم طبيب الطفل أو عيادته الصحية		رقم هاتف الطبيب أو العيادة الصحية ( )	
المستشفى المفضّلة لمعالجة الحالات الطارئة (اختيارية)			
الحساسية والاحتياجات الخاصة والتعليمات الخاصة (قم بإرفاق صفحات إضافية، إذا دعت الحاجة.)			

BCAL-3731 (Rev. 4-16) Previous edition 6-15 and 7-12 only may be used.

انظر خلف الصفحة

جهةالاتصال في حالات الطوارئ وإعطاء الطفل: اذكر كل الأفراد، شاملين الأبوين/الأوصياء الشرعيين، بترتيب الأفضلية، ليتم الاتصال بهم في حالات الطوارئ. إن أمكن، أدرج على الأقل شخص واحد غير الأبوين/الأوصياء الشرعيين ليتم الاتصال به في حالات الطوارئ ولمن يمكن إعطاء الطفل له. يمكن ترك عمود رقم الهاتف الثاني فارغا. (إذا كان هناك المزيد من الأفراد، قم بإرفاق صفحات إضافية.)		
.1	( )	( )
.2	( )	( )
.3	( )	( )
إعطاء الطفل فقط: اذكر كل الأفراد، غير الأبوين/الأوصياء القانونيين، الذين يمكن إعطاء الطفل لهم. (إذا كان هناك المزيد من الأفراد، قم بإرفاق صفحات إضافية.)		
.1	( )	.2 ( )
.3	( )	.4 ( )

يجب أن يوقّع أحد الأبوين/الوصي القانوني على إحدي الفقرتين التاليتين:

_____أعطي الإذن لـ_____, المرخّص له بواسطة إدارة الترخيص والشؤون التنظيمية لتأمين العلاج الطبي الطارئ و/أو العلاج الجراحي الطارئ للطفل القاصر المذكور أعلاه أثناء خضوعه للرعاية.

_____لا أعطي الإذن لـ_____, المرخّص له بواسطة إدارة الترخيص والشؤون التنظيمية لتأمين العلاج الطبي الطارئ و/أو العلاج الجراحي الطارئ للطفل القاصر المذكور أعلاه أثناء خضوعه للرعاية. أدرك انني اتحمل المسؤولية عن كل الرعاية الطبية الطارئة.

توقيع الوالد أو الوصي	تاريخ التوقيع

تاريخ بطاقة المراجعة	الحروف الأولى للوالد أو الوصي القانوني	تاريخ بطاقة المراجعة	الحروف الأولى للوالد أو الوصي القانوني	تاريخ بطاقة المراجعة	الحروف الأولى للوالد أو الوصي القانوني	تاريخ بطاقة المراجعة	الحروف الأولى للوالد أو الوصي القانوني

الترخيص والشؤون التنظيمية (LARA) هو رب عمل/برنامج متكافئ الفرص. مساعدات ثانوية، وخدمات وتجهيزات معقولة أخرى متاحة حسب الطلب للأفراد من ذوي الإعاقات.	السلطة: 1973 PA 116 الإنهاء: ضروري العقوبة: دعوة للمثول أمام القضاء لخرق القواعد.

BCAL-3731 (Rev. 4-16) Previous edition 6-15 and 7-12 only may be used.