

Реєстраційна форма для дошкільного закладу Child Care Registration Form		Дата початку відвідування дошкільного закладу	Дата завершення відвідування дошкільного закладу
Ім'я дитини (прізвище, ім'я, друге ім'я)		Використовуване ім'я (прізвисько)	Дата народження
Вулиця	Місто		Індекс
Ім'я одного з батьків або опікуна дитини	Обведіть номер, за яким можна зв'язатися з вами, коли дитина перебуває у дошкільному закладі		
	Мобільний номер телефону () -	Домашній номер телефону () -	Додатковий номер телефону () -
Вулиця	Місто		Індекс
Ім'я одного з батьків або опікуна дитини	Обведіть номер, за яким можна зв'язатися з вами, коли дитина перебуває у дошкільному закладі		
	Мобільний номер телефону () -	Домашній номер телефону () -	Додатковий номер телефону () -
Я дозволяю зв'язатися з будь-якою з наступних осіб і мою дитину можна відпускати з будь-ким із них.			
Підпис одного з батьків або опікуна: _____ Дата: _____			
У випадку невідкладної ситуації, якщо вам не вдалося зв'язатися зі мною, можете звернутися до наступних осіб:			
Ім'я (ім'я та прізвище)	Мобільний номер телефону	Домашній номер телефону	Додатковий номер телефону
	() -	() -	() -
	() -	() -	() -
	() -	() -	() -
	() -	() -	() -
Ці особи також можуть забирати мою дитину:			
Ім'я (ім'я та прізвище)	Мобільний номер телефону	Домашній номер телефону	Додатковий номер телефону
	() -	() -	() -

	() -	() -	() -
	() -	() -	() -
	() -	() -	() -

Інформація про стан здоров'я дитини

<p>Лікар дитини або медичний заклад, якому батьки чи опікуни надають перевагу Ім'я: _____ Вулиця: _____ Номер телефону: () - _____</p>	<p>Останній медичний огляд дитини (якщо такий був)</p>
<p>Стоматолог дитини або стоматологія, якій батьки чи опікуни надають перевагу Ім'я: _____ Вулиця: _____ Номер телефону: () - _____</p>	<p>Останній стоматологічний огляд дитини (якщо такий був)</p>

Відомі порушення стану здоров'я (У випадку будь-якої харчової алергії або наявності спеціальних дієтичних вимог через стан здоров'я необхідно надати індивідуальний план харчування, складений лікарем дитини.)

Дозвіл на медичне обслуговування і лікування малолітніх дітей

Я дозволяю надавати моїй дитині, _____,

першу домедичну допомогу або невідкладне лікування ліцензіатом по догляду за дітьми або кваліфікованим персоналом у:

Назва Ліцензіата: _____

Адреса Ліцензіата: _____

Підпис одного з батьків або опікуна	Дата	Підпис одного з батьків або опікуна	Дата
-------------------------------------	------	-------------------------------------	------

Якщо зі мною неможливо зв'язатися, я дозволяю та даю згоду на те, щоб медичне, хірургічне та лікарняне лікування, лікування та процедури для моєї дитини

проводились ліцензованим лікарем, постачальником медичних послуг, лікарнею чи лікарем швидкої допомоги, якщо

лікар або фельдшер вбачає таку необхідність або доцільність для збереження здоров'я моєї дитини. Я відмовляюся від мого права

надати згоду на таке лікування.

Я також даю дозвіл на перевезення моєї дитини автомобілем швидкої допомоги або екстреної служби до центру надання невідкладної допомоги для лікування.

Я заявляю, під страхом покарання за неправдиві свідчення, відповідно до законів штату Вашингтон, що надана інформація є правдивою і достовірною.

Підпис одного з батьків або опікуна	Дата	Підпис одного з батьків або опікуна	Дата
-------------------------------------	------	-------------------------------------	------