

Регистрационная карточка ребенка

Фамилия и имя ребенка		Уменьшительное имя ребенка	
Дата рождения		Дата поступления	Возраст при поступлении
НАЛИЧИЕ АЛЛЕРГИИ	Есть ли у ребенка аллергия? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, перечислите все аллергены на обороте.		
Контактные данные родителя или опекуна			
Имя и фамилия		Кем приходится	
Домашний адрес (улица, город, индекс)			
Дом. телефон	Моб. телефон	Адрес эл. почты	
Место и часы работы		Адрес (улица, город, индекс)	Раб. телефон
Имя и фамилия		Кем приходится	
Домашний адрес (улица, город, индекс)			
Дом. телефон	Моб. телефон	Адрес эл. почты	
Место и часы работы		Адрес (улица, город, индекс)	Раб. телефон
Обязательная контактная информация в случае ЧП — лицо с правом забрать ребенка (помимо родителя или опекуна)			
Имя и фамилия		Телефон	Кем приходится
Имя и фамилия		Телефон	Кем приходится
Контактная информация в обычных ситуациях — лицо с правом забрать ребенка (помимо родителя или опекуна)			
Имя и фамилия		Телефон	Кем приходится
Имя и фамилия		Телефон	Кем приходится
Контактная информация для медицинского/стоматологического обслуживания			
Страховая компания и номер полиса (если применимо)			
Имя и фамилия основного врача		Телефон	
Стоматолог		Телефон	
Разрешение родителя или опекуна			
Укажите все ограничения на участие в следующих мероприятиях:			
Мой ребенок может посещать выездные уроки или экскурсии на автобусе или частном автомобиле, а также совершать пешие экскурсии по окрестностям под надлежащим присмотром (см. План перевозки детей» в конце документа). <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Мой ребенок может плавать и участвовать в других мероприятиях, связанных с водой, под надлежащим присмотром (ОСС требует присутствие квалифицированного спасателя). <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Моего ребенка можно фотографировать для публикаций и новостей учреждения <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Это распространяется на съемку <input type="checkbox"/> в пределах учреждения <input type="checkbox"/> за пределами учреждения.			
В чрезвычайной ситуации я разрешаю сотрудникам детского учреждения вызвать скорую помощь или отправить моего ребенка к любому врачу или в любую больницу за мой счет для получения медицинской помощи. В большинстве чрезвычайных ситуаций звонят в службу 911 и ребенка перевозят в ближайшую больницу, где его принимает дежурный врач. Родителя или опекуна ребенка извещают, как можно скорее.			
Подпись родителя/опекуна		Дата	

См. Продолжение на обороте

Посещал ли ранее ваш ребенок детские учреждения? Нет Да Если да, укажите тип учреждения и продолжительность посещения.

По какой причине вашему ребенку нужен уход:

Основная информация о ребенке — укажите все, что поможет нам обеспечить высокое качество услуг по уходу за ребенком

Что ребенку нравится и не нравится?

Особенности и режим питания:

Особенности и режим посещения туалета:

Особенности и режим сна:

Игры:

Страхи:

Как лучше успокоить вашего ребенка, если он расстроен?

Язык домашнего общения ребенка:

Специальные слова и их значения:

Есть ли в вашей семье культурные особенности, традиции, убеждения или интересы, о которых вы бы хотели нам сообщить?

Есть ли у вашего ребенка особые потребности, связанные с обучением (IFSP и др.) Нет Да Если да, укажите учреждения здравоохранения или другие организации, работающие с вашим ребенком, о которых вы хотели бы нам сообщить.

Медицинская информация о ребенке

Есть ли у ребенка особые медицинские потребности? Нет Да Если да, укажите учреждения здравоохранения или другие организации, работающие с вашим ребенком, о которых вы хотели бы нам сообщить.

Есть ли у ребенка аллергия? Нет Да Если да, укажите аллергены ниже. Болел ли ребенок ветрянкой? Нет Да

Другие дети в семье

Имя и фамилия	Возраст	Пол
Имя и фамилия	Возраст	Пол
Имя и фамилия	Возраст	Пол
Имя и фамилия	Возраст	Пол