



# Cho Phép Ghi Danh Trẻ

|  |                                     |                                 |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| Tên của Trẻ (Họ, Tên)  |                                     | Tên Gọi Thân Mật của Trẻ        |
| Ngày Sinh  | Ngày Vào Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ         | Tuổi Lúc Vào Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ |
| <b>CẢNH BÁO DỊ ỨNG</b> Con quý vị có bị dị ứng không? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu có, liệt kê tất cả các dị ứng trên mặt sau của mẫu đơn này.   |                                     |                                 |
| <b>Thông Tin về Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ</b>   |                                     |                                 |
| Tên (Tên, Họ)  |                                     | Mối Quan Hệ                     |
| Địa Chỉ Nhà (Đường, Thành Phố, Mã Vùng)  |                                     |                                 |
| Điện Thoại Nhà   | Điện Thoại Di Động                  | Địa Chỉ Email                   |
| Chỗ Làm và Giờ Làm Việc  | Địa Chỉ (Đường, Thành Phố, Mã Vùng) | Điện Thoại Chỗ Làm              |
| Tên (Tên, Họ)  |                                     | Mối Quan Hệ                     |
| Địa Chỉ Nhà (Đường, Thành Phố, Mã Vùng)  |                                     |                                 |
| Điện Thoại Nhà   | Điện Thoại Di Động                  | Địa Chỉ Email                   |
| Chỗ Làm và Giờ Làm Việc  | Địa Chỉ (Đường, Thành Phố, Mã Vùng) | Điện Thoại Chỗ Làm              |
| <b>Thông Tin Liên Lạc Bắt Buộc khi Khẩn Cấp</b> – người khác ngoài phụ huynh hoặc người giám hộ được phép đón trẻ  |                                     |                                 |
| Tên (Tên, Họ)  | Điện Thoại                          | Mối Quan Hệ                     |
| Tên (Tên, Họ)  | Điện Thoại                          | Mối Quan Hệ                     |
| <b>Thông Tin Liên Lạc Không Khẩn Cấp</b> – người khác ngoài phụ huynh hoặc người giám hộ được phép đón trẻ   |                                     |                                 |
| Tên (Tên, Họ)  | Điện Thoại                          | Mối Quan Hệ                     |
| Tên (Tên, Họ)  | Điện Thoại                          | Mối Quan Hệ                     |
| <b>Thông Tin Liên Lạc về Y Tế/Nha Khoa</b>   |                                     |                                 |
| Nhà Cung Cấp Bảo Hiểm và Thông Tin về Chính Sách (nếu có)  |                                     |                                 |
| Tên Bác Sĩ Chính   | Số Điện Thoại                       |                                 |
| Nha Sĩ   | Số Điện Thoại                       |                                 |
| <b>Sự Cho Phép của Cha Mẹ hoặc Người Giám Hộ</b>   |                                     |                                 |
| Vui lòng liệt kê bất kỳ hạn chế về sự cho phép các vấn đề sau:   |                                     |                                 |
| Con tôi có thể được đưa đi tham quan hoặc du ngoạn bằng xe buýt hoặc xe riêng, cũng như đi bộ tham quan khu phố dưới sự giám sát bắt buộc (xem phần sắp xếp chuyên chở đặc biệt trên mặt sau của mẫu đơn). <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không  |                                     |                                 |
| Con tôi có thể tham gia bơi lội hoặc các hoạt động dưới nước khác dưới sự giám sát bắt buộc (OCC bắt buộc nhân viên cứu hộ được chấp thuận). <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không  |                                     |                                 |
| Con tôi có thể được chụp ảnh đăng lên công cộng hoặc lên tin tức <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Điều này áp dụng cho <input type="checkbox"/> Trong khuôn viên <input type="checkbox"/> Chụp hình ngoài khuôn viên.  |                                     |                                 |
| <b>Trong trường hợp khẩn cấp</b> , tôi cho phép cơ sở chăm sóc trẻ gọi xe cứu thương, hoặc đưa con tôi đến bất kỳ bác sĩ hoặc bệnh viện nào thuận tiện để được điều trị y tế, chi phí do tôi chi trả. Trong hầu hết các trường hợp khẩn cấp, gọi 911 và trẻ được chuyển đến bệnh viện gần nhất và được điều trị bởi bác sĩ gọi tới. Phụ huynh hoặc người giám hộ của trẻ được thông báo càng sớm càng tốt. |                                     |                                 |
| Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ   |                                     | Ngày                            |

Tiếp tục mặt sau

|  |             |                  |
|--|-------------|------------------|
| Con quý vị đã từng được chăm sóc trước đây hay chưa? <b>Không</b> <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> Nếu có, loại hình chăm sóc nào và trong bao lâu?   |             |                  |
| <b>Lý do yêu cầu chăm sóc</b>  |             |                  |
| <b>Thông Tin Chung của Trẻ</b> – vui lòng bao gồm tất cả thông tin sẽ hỗ trợ chúng tôi trong việc cung cấp chất lượng chăm sóc cho con quý vị  |             |                  |
| <b>Sở thích và không thích</b>   |             |                  |
| <b>Thói quen và giờ giấc ăn uống</b>   |             |                  |
| <b>Thói quen và giờ giấc đi vệ sinh</b>  |             |                  |
| <b>Thói quen và giờ giấc ngủ</b>   |             |                  |
| <b>Chơi</b>  |             |                  |
| <b>Nỗi sợ hãi</b>  |             |                  |
| <b>Con quý vị làm gì để được an ủi khi buồn?</b>   |             |                  |
| <b>Ngôn ngữ ở nhà của con</b>  |             |                  |
| <b>Từ đặc biệt và ý nghĩa của chúng</b>  |             |                  |
| <b>Quý vị có muốn chia sẻ với chúng tôi về nguồn gốc văn hoá, truyền thống, đức tin hoặc sở thích nào không?</b>   |             |                  |
| <b>Con quý vị có nhu cầu đặc biệt về giáo dục (IFSP, v.v.) không? Không</b> <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> Nếu có, liệt kê các đối tác hoặc nhà cung cấp y tế mà quý vị muốn chúng tôi biết về.                   |             |                  |
| <b>Thông Tin Y Tế của Trẻ</b>  |             |                  |
| <b>Con quý vị có nhu cầu y tế đặc biệt không? Không</b> <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> Nếu có, liệt kê các đối tác hoặc nhà cung cấp y tế mà quý vị muốn chúng tôi biết về.                                       |             |                  |
| <b>Con quý vị có bị dị ứng không? Không</b> <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> Nếu có, liệt kê bên dưới <b>Con quý vị có từng bị trái rạ không? Không</b> <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> |             |                  |
| <b>Những Đứa Con Khác ở trong Nhà</b>  |             |                  |
| <b>Tên (Tên, Họ)</b>   | <b>Tuổi</b> | <b>Giới Tính</b> |
| <b>Tên (Tên, Họ)</b>   | <b>Tuổi</b> | <b>Giới Tính</b> |
| <b>Tên (Tên, Họ)</b>   | <b>Tuổi</b> | <b>Giới Tính</b> |
| <b>Tên (Tên, Họ)</b>   | <b>Tuổi</b> | <b>Giới Tính</b> |