

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			
<p>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.</p>			
Подпись родителя/опекуна		Дата	

См. Продолжение на обороте



Информация о ребенке

Посещал ли ранее ваш ребенок детские учреждения? Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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, IEP и др.) Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Если да, укажите аллергены ниже. Болел ли ребенок ветрянкой? Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>		
Другие дети в семье		
Имя и фамилия	Возраст	Пол
Имя и фамилия	Возраст	Пол
Имя и фамилия	Возраст	Пол
Имя и фамилия	Возраст	Пол