

用于儿童保育的儿童入学和健康信息

此表格应在孩子出勤的第一天之前填写，并每年在需要时更新。

孩子姓名		出生日期		首次参加项目/在家的日期	
家庭住址				城市	
州		邮编编码		家庭电话号码	
父母/监护人 1			与孩子的关系		
家庭住址 ☐ 与孩子的相同		家庭电话号码 ☐ 与孩子的相同			
城市		州		邮政编码	
邮箱地址 (如适用)		手机 (如适用)			
家长工作/学校名称		家长工作/学校电话号码			
家长工作/学校地址			城市		
如果参加项目/在家的孩子的家长/监护人要求提供其他家长/监护人的联系信息，请说明是否应该公布此姓名。是 否					
若您回答为“是”，请说明应包括上述哪些信息 ☐ 工作电话 # ☐ 手机号码 ☒ 家庭电话 # ☐ 邮箱					
当您的孩子参加本项目/在家时，可以在哪里联系到您？					
家长/监护人姓名 2			与孩子的关系		
家庭住址 ☐ 与孩子的相同		家庭电话号码 ☐ 与孩子的相同			
城市		州		邮政编码	
邮箱地址 (如适用)		手机号码			
家长工作/学校名称		家长工作/学校电话号码			
家长工作/学校地址			城市		
如果参加项目/在家的孩子的家长/监护人要求提供其他家长/监护人的联系信息，请说明是否应该公布此姓名。是 否					
若您回答为“是”，请说明应包括上述哪些信息 ☐ 工作电话 # ☐ 手机号码 ☒ 家庭电话 # ☐ 邮箱					
当您的孩子参加本项目/在家时，可以在哪里联系到您？					
紧急联系人： 家长 <u>不能被列为</u> 紧急联系人。如果无法联系到您，请列出在发生紧急情况或疾病时可以联系的 <u>至少一个人的</u> 姓名。列出的任何人都应该能够协助联系到您。如果无法联系到家长/监护人，必须至少有一人能够对孩子负责，并且应至少年满 18 岁。					
姓名		姓名			
城市		州		城市	
电话号码		与孩子的关系		电话号码	
可以联系到紧急联系人的其他电话号码 (如适用)		可以联系到紧急联系人的其他电话号码 (如适用)			
医生姓名或诊所/医院名称					
街道地址					
城市		州		电话号码	

孩子姓名
过敏、特殊健康或医疗状况以及医疗食品 准确、完整地填写此部分内容。请注意，如果您的孩子目前有健康或医疗状况，需要儿童保育人员进行特定的儿童护理，例如：监测状况、提供治疗、护理或提供药物治疗，则必须填写 JFS 01236 “儿童保育医疗/身体护理计划”，并在保育项目/家中存档。 您的孩子是否对任何食物、药物或环境过敏？（选择所有适用选项） ☐ 否 ☐ 是 - 选择所有适用选项 ☐ 食品 ☐ 药物 ☐ 环境 请列举并说明： 您孩子的过敏情况是否需要儿童保育人员监测，查看孩子是否有症状，以便在发生过敏反应时采取措施，或者为您的孩子提供紧急药物？（选择一项） ☐ 否 ☐ 是 - 必须填写 JFS 01236 “儿童保育医疗/身体护理计划”。
您的孩子是否患有发育迟缓或特殊健康或医疗状况？（选择一项） 否 ☐ 否 ☐ 是 - 请说明 该特殊健康或医疗状况是否需要儿童保育人员进行手术，或进行特定的儿童护理，例如：在儿童保育时间内监测您的孩子是否有症状或服用药物？（选择一项） ☐ 否 ☐ 是 - 必须填写 JFS 01236 “儿童保育医疗/身体护理计划”。
您的孩子目前是否正在使用任何药物或医疗食品？（选择一项） 否 ☐ 否 ☐ 是 - 请说明 如果是，是否需要在儿童保育项目/家中服用这种药物或医疗食品？ ☐ 否 ☐ 是 - 必须填写 JFS 01217 “药物管理请求”，并将每种药物存档，以及填写医疗食品的 JFS 01236 “儿童保育医疗/身体护理计划”。

您的孩子是否受到任何饮食限制（包括出于医疗、宗教或文化原因的饮食限制）？（*选择一项*） 否

☐

是 - 请说明

这种饮食限制是否需要改良饮食，以排除所有种类的液体牛奶或某一大类的食物？

☐ 否

☐ 是 - 儿童保健提供者的书面说明必须存档。不适用 - 该项目不为儿童提供膳食或

☐ 零食。

孩子姓名

请列出所有住院、门诊手术或其他健康状况的历史，以便在紧急情况下帮助工作人员或**医疗**
人员。

☐ 不适用

请列出有助于工作人员了解情况的其他信息，例如您孩子恐惧的事物或喜欢的
安慰方式。

☐ 不适用

请列出有助于工作人员了解情况的其他信息，例如您孩子的饮食或睡眠习惯。

☐ 不适用

请列出有助于工作人员了解情况的其他信息，例如您孩子的特殊日常活动或行为需求。

☐ 不适用

孩子姓名

尿布说明

您的孩子是否经过如厕培训？☐ 是（如果是，请跳转至紧急运输授权部分）
☐ 否（如果否，请填写以下内容：）

本保育项目的政策是每_____小时检查一次尿布。请说明您是否希望根据项目的政策或其他政策检查您孩子的尿布：
☐

☐ 我同意该项目的时间安排
☐ 我不同意，请每_____小时检查我孩子的尿布。

紧急运输授权

授予运输 <u>权限</u>		或 请 勿 同 时 签 署 两 项	<u>不授予运输权限</u>	
项目名称或家庭姓名			项目名称或家庭姓名	
有权在我孩子出现 需要紧急治疗的疾病或受伤时 安排紧急运输。紧急运输服务将决定我的孩子被送往的医疗 机构。			无权在我孩子出现 需要紧急治疗的疾病或受伤时 安排紧急运输。我希望采取以下行动：	
家长签名	日期		家长签名	日期

政策和程序的确认

☐ 是 ☐ 否（选择一项）

我已阅读并收到保育项目或家庭的政策和程序/手册副本。

本表格经由家长/监护人填写并签署后，必须由管理人员/指定人审核并签署，然后儿童才能接受护理。

家长/监护人签名	日期
管理员/指定人签名	日期

表格经由家长/监护人审核后，应签名并注明日期，至少每年一次。此举是为了表明所有信息保持不变或已作出变更。如果需要进行重大变更，请填写新表格。

父母/监护人姓名首字母	审核日期	管理员/指定人姓名首字母	审核日期
父母/监护人姓名首字母	审核日期	管理员/指定人姓名首字母	审核日期
父母/监护人姓名首字母	审核日期	管理员/指定人姓名首字母	审核日期

注意：

这是儿童保育提供者必须使用的规定表格，以符合规则 5101:2-12-15、5101:2-13-15 和 5101:2-14-04 的要求。此表格必须在孩子首次参加保育的第一天或之前存档在保育项目或家庭的档案中，并在孩子保育期间保存。