

IDENTIFICATION AND EMERGENCY INFORMATION

CHILD CARE CENTER'S FAMILY CHILD CARE HOMES

To Be Completed by Parent or Authorized Representative

CHILD'S NAME 학생 이름	LAST 성	MIDDLE	FIRST 이름	SEX 성별	TELEPHONE 전화번호 ()
ADDRESS 주소	NUMBER 번호	STREET 길	CITY 도시	STATE 주	ZIP 우편 번호
					BIRTHDATE 출생일 (월.일.년) / /20
FATHER'S NAME 아빠 이름	LAST 성, FIRST 이름		OCCUPATION 직업		CELL PHONE 휴대폰 ()
HOME ADDRESS 집주소	NUMBER 번호	STREET 길	CITY 도시	STATE 주	ZIP 우편 번호
					HOME 집 전화 번호 ()
MOTHER'S NAME 엄마 이름	LAST 성, FIRST 이름		OCCUPATION 직업		CELL PHONE 휴대폰 ()
HOME ADDRESS 집주소	NUMBER 번호	STREET 길	CITY 도시	STATE 주	ZIP 우편 번호
					HOME 집 전화 번호 ()

ADDITIONAL PERSONS WHO MAY BE CALLED IN AN EMERGENCY 다름 보호자

NAME 이름	ADDRESS 주소	TELEPHONE 전화번호	RELATIONSHIP 관계

PHYSICIAN OR DENTIST TO BE CALLED IN AN EMERGENCY 응급상 연락할 의사/치과 의사

PHYSICIAN 의사	ADDRESS 주소	MEDICAL PLAN & NUMBER	TELEPHONE 전화번호 ()
DENTIST 치과 의사	ADDRESS 주소	MEDICAL PLAN & NUMBER	TELEPHONE 전화번호 ()

IF PHYSICIAN CANNOT BE REACHED, WHAT ACTION SHOULD BE TAKEN? 의사와 연락 안되는 경우에 어떤 방법을 사용할까요?

CALL EMERGENCY HOSPITAL 병원 응급실 전화하기 OTHER 다른 방법 - EXPLAIN 설명:

NAMES OF PERSONS AUTHORIZED TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY

THE CHILD(S) WILL NOT BE ALLOWED TO LEAVE WITH ANY OTHER PERSON WITHOUT WRITTEN AUTHORIZATION FROM PARENT/REPRESENTATIVE.

NAME 이름	RELATIONSHIP 관계

TIME CHILD WILL BE CALLED FOR

SIGNATURE OF PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE

DATE

TO BE COMPLETED BY FACILITY DIRECTOR/ADMINISTRATION/FAMILY CHILD CARE HOMES LICENSEE

DATE OF ADMISSION	DATE OF LEAVE
-------------------	---------------