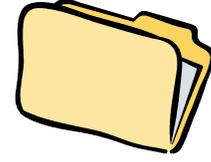


أرقام هواتف ومعلومات هامة	
<p><u>معلومات التأمين:</u></p> <p>التأمين الصحي</p> <p>الشركة:</p>	<p>الطوارئ: نعى حلال تطعيم ضد الكوليرا اتصل بـ 911</p>
رقم الهاتف:	قسم الشرطة:
رقم البوليصا:	مكافحة الحرائق:
تأمين السيارة	قنصلية بلدي:
الشركة:	جهات اتصال عائلية/مهمة في الولايات المتحدة
رقم الهاتف:	الاسم:
رقم البوليصا:	هاتف البيت:
السيارة 1	الهاتف الخليوي:
رقم التعريف بالسيارة #/رقم اللوحة #:	العمل
السيارة 2	العلاقة:
رقم التعريف بالسيارة #/رقم اللوحة #:	الاسم:
تأمين البيت	هاتف البيت:
الشركة:	الهاتف الخليوي:
رقم الهاتف:	العمل
رقم البوليصا:	العلاقة:
<u>معلومات طبية هامة</u>	جهات اتصال عائلية/مهمة في بلدي
اسم الطبيب:	الاسم:
الهاتف:	هاتف البيت:
اسم طبيب الأسنان:	الهاتف الخليوي:
الهاتف:	العمل
اسم طبيب الأطفال:	العلاقة:
الهاتف:	الاسم:
المستشفى	هاتف البيت:
الهاتف:	الهاتف الخليوي:
الصيدلية	العمل
الهاتف:	العلاقة:



جهات اتصال عائلية مهمة

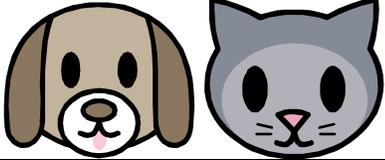
استخدم هذه الاستمارة للحصول على كافة المعلومات الهامة من المكان نفسه. ضع النسخ الأصلية من كل وثيقة في مكان آمن (صندوق مقفل، على سبيل المثال)

أرقام أماكن العمل الهامة	أرقام المدارس/حضانات الأطفال الهامة
صاحب العمل # 1	المدرسة # 1
الاسم:	اسم الطفل:
الهاتف:	اسم المدرسة:
المشرف:	اسم المعلم:
بدأ العمل بتاريخ:	الهاتف:
ممثل النقابة:	رقم التعريف بالمدرسة:
الهاتف:	اسم الطفل:
صاحب العمل # 1	اسم المعلم:
الاسم:	رقم التعريف بالمدرسة:
الهاتف:	المدرسة # 2
المشرف:	اسم الطفل:
بدأ العمل بتاريخ:	اسم المدرسة:
ممثل النقابة:	اسم المعلم:
الهاتف:	الهاتف:
معلومات هامة حول مركباتك	رقم التعريف بالمدرسة:
صناعة وموديل المركبة 1:	اسم الطفل:
لوحة السيارة #:	اسم المعلم:
رقم تعريف السيارة/ ID #:	رقم التعريف بالمدرسة:
قرض السيارة:	<u>الضمان الاجتماعي # / رقم التعريف الضريب الفردي (ITIN)</u>
التأمين:	الاسم:
صناعة وموديل المركبة 2:	الرقم:
لوحة السيارة #:	الاسم:
رقم تعريف السيارة/ ID #:	الرقم:
قرض السيارة:	الاسم:
التأمين:	الرقم:
أرفق نسخة عن كل رقم تسجيل وتأمين المركبات وصورة فوتوغرافية لكل مركبة.	أرفق نسخة عن كل بطاقة ضمان اجتماعي

أحد أفراد العائلة # 1	
الاسم:	
لا	نعم
تاريخ الميلاد:	متبرع بالأعضاء:
الحساسية:	
العلاجات:	
الحالات الصحية & التاريخ الصحي:	
أحد أفراد العائلة # 2	
الاسم:	
لا	نعم
تاريخ الميلاد:	متبرع بالأعضاء:
الحساسية:	
العلاجات:	
الحالات الصحية & التاريخ الصحي:	
أحد أفراد العائلة # 3	
الاسم:	
لا	نعم
تاريخ الميلاد:	متبرع بالأعضاء:
الحساسية:	
العلاجات:	
الحالات الصحية & التاريخ الصحي:	
أحد أفراد العائلة # 4	
الاسم:	
لا	نعم
تاريخ الميلاد:	متبرع بالأعضاء:
الحساسية:	
العلاجات:	
الحالات الصحية & التاريخ الصحي:	

أحد أفراد العائلة # 5	
الاسم:	
تاريخ الميلاد:	متبرع بالأعضاء: نعم لا
الحساسية:	
العلاجات:	
الحالات الصحية & التاريخ الصحي:	
أحد أفراد العائلة # 6	
الاسم:	
تاريخ الميلاد:	متبرع بالأعضاء: نعم لا
الحساسية:	
العلاجات:	
الحالات الصحية & التاريخ الصحي:	
أحد أفراد العائلة # 7	
الاسم:	
تاريخ الميلاد:	متبرع بالأعضاء: نعم لا
الحساسية:	
العلاجات:	
الحالات الصحية & التاريخ الصحي:	
الأشخاص المصروح لهم باستلام أطفالهم	الأشخاص المصروح لهم باستلام أطفالهم من المدرسة/الحضانة
الاسم:	الاسم:
الاسم:	تاريخ الميلاد:
الاسم:	هاتف المنزل:
الاسم:	رقم الهاتف الخليوي:
الاسم:	العمل:
الاسم:	العلاقة:
الاسم:	الاسم:
تاريخ الميلاد:	تاريخ الميلاد:
هاتف المنزل:	هاتف المنزل:
رقم الهاتف الخليوي:	رقم الهاتف الخليوي:
العمل:	العمل:
العلاقة:	العلاقة:
* يرجى إبلاغ الموظفين في مدرسة أطفالك فيما إذا كان الأشخاص المذكورون في هذه الأقسام مصرخاً لهم أو غير مصروح لهم باستلام أطفالك.	
* إذا كان هناك أمر زجري، قم بإرفاق نسخة من هذا الأمر وقدم نسخة أخرى لمدرسة و/أو حضانة أطفالك.	

<p>جهات الاتصال الخاصة بالمشاكل القانونية، وسرقة الهويات، والاحتيال حفاظًا على الأمان، لا تدون أرقام بطاقات الائتمان أو أرقام الحسابات الخاصة بك في هذه الوثيقة.</p>	
<p>جهات اتصال للأمر المالية الخاصة بك</p>	<p>شركات بطاقات الائتمان</p>
<p>فحص الحساب #1</p>	<p>بطاقة #1</p>
<p>المصرف:</p>	<p>الشركة:</p>
<p>رقم الهاتف المجاني:</p>	<p>رقم الهاتف المجاني:</p>
<p>الأشخاص المخولون بالدخول:</p>	<p>الأسماء الموجودة على البطاقة:</p>
<p>فحص الحساب #2</p>	<p>بطاقة #2</p>
<p>المصرف:</p>	<p>الشركة:</p>
<p>رقم الهاتف المجاني:</p>	<p>رقم الهاتف المجاني:</p>
<p>الأشخاص المخولون بالدخول:</p>	<p>الأسماء الموجودة على البطاقة:</p>
<p>فحص الحساب #1</p>	<p>بطاقة #3</p>
<p>المصرف:</p>	<p>الشركة:</p>
<p>رقم الهاتف المجاني:</p>	<p>رقم الهاتف المجاني:</p>
<p>الأشخاص المخولون بالدخول:</p>	<p>الأسماء الموجودة على البطاقة:</p>
<p>حساب التوفير #2</p>	<p>التبليغ عن سرقة بطاقات الائتمان فوراً</p>
<p>المصرف:</p>	
<p>رقم الهاتف المجاني:</p>	
<p>الأشخاص المخولون بالدخول:</p>	
<p>المساعدة في القانون المدني</p>	<p>جهات الاتصالات بالوكالات العامة</p>
<p>المساعدة القانونية:</p>	<p>المساعدة في العنف الأسري:</p>
<p>محامي الهجرة:</p>	<p>النائب العام</p>
<p>محام آخر:</p>	<p>التبليغ عن الإساءة للأطفال:</p>

الرعاية الطارئة للحيوانات المدللة	
الحيوان المدلل # 1	
الاسم:	
تاريخ الميلاد:	
السلالة:	
الوصف:	
رقم التسجيل:	
العلاجات:	
مشاكل صحية:	
الحيوان المدلل # 1	
الاسم:	
تاريخ الميلاد:	
السلالة:	
الوصف:	
رقم التسجيل:	
العلاجات:	
مشاكل صحية:	
سكن الطوارئ للحيوانات المدللة	الطبيب البيطري
الاسم:	الاسم:
الهاتف:	الهاتف:
العنوان:	العنوان:
	هاتف الطوارئ:
جانيفر شدمي غمة من غند بك فب حنم م الك د ي	