**برنامج CNC رعاية الطفل**

**خدمات التدريب/التسوية في مجال اللغة والمهارات**

**الرعاية المشتركة**

**استمارة التسجيل**

**اسم الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**الاسم المستخدم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**تاريخ الميلاد:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_جنس تذكير أو تأنيث☐ مذكر**  **☐ أنثى**

**اللغات المنطوقة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اسم الوالد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_رقم الهاتف**

**العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**المعلومات الطبية للطفل (الحساسية، تقييد الطعام، وغيرها):**

|  |
| --- |
| **بيان التنازل**  **I\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ أنا أصل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **لقد قدمت كل المعلومات والمعرفة اللازمة لرعاية طفلي.  وأنا أفهم أن CNC برنامج رعاية الطفل سوف تتخذ جميع تدابير السلامة المعقولة لحماية هذا الطفل.  أوافق على الإفراج عن، تبرئة، تسريح، وعقد برنامج CNC Childminding** غير **مؤذية موظفيها والمتطوعين من أي وجميع المطالبات إلى أقصى حد يسمح به القانون بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المطالبات أو الأضرار الناجمة عن مشاركة الطفل في هذا البرنامج.**  **وأنا أعلم أن الرعاية المقدمة فقط بينما أنا المشاركة في برنامج معتمد وأنني يجب أن تبقى في الموقع ومتاحة بسهولة. أفهم أنه لن يتم توفير الرعاية إذا كان طفلي يعاني من مرض معدي. أوافق على اتباع قواعد برنامج CNC.**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **توقيع الأصل المؤهلتاريخ** |

**برنامج رعاية الطفل هذا غير مرخص من قبل حكومة أونتاريو.**

*لاستخدام ISO فقط:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

معلومات التاريخ المقدمة معلومات التاريخ المحدثة

**برنامج CNC رعاية الطفل**

**الرعاية المشتركة**

**خدمات التدريب/التسوية في مجال اللغة والمهارات**

**شروط و شروط**

***مرحبا بكم في برنامج التدريب اللغوي والمهارات / خدمات التوطين****.*

من المهم أن تعرف أن الطفل يمكنه المشاركة في برنامج L&STSS CNC رعاية الطفل فقط أثناء حضور أحد الوالدين لفصول L&amp.STSS. وبموجب قانون المقاطعة، لا يمكن للطفل الاستفادة من رعاية الطفل في المجلس الوطني للأطفال إلا إذا كان أحد الوالدين موجودا في الموقع ومتاحا في حالة الطوارئ. L&STSS CNC Childminding ليست خدمات رعاية نهارية مرخصة.

يرجى تذكر:

\* أنت توافق على البقاء في نفس الموقع مع طفلك أثناء مشاركته في برنامج CNC رعاية الطفل وتكون متاحة بسهولة لمساعدة طفلك إذا لزم الأمر.

\* كنت الرعاية لطفلك في وقت الاستراحة، وقت الغداء و Fieldtrip.

\* أنت مسؤول عن جلب ملابس إضافية، حفاضات، أحذية داخلية.

\* إذا تركت موقع L&amp.STSS في أي وقت يجب أن تأخذ طفلك معك.

\* إذا تركت موقع L&amp.STSS بدون طفلك، فسوف تفقد امتيازات برنامج CNC Childminding.

\* إذا لم نتمكن من العثور عليك، قد نتصل بوكالة حماية الطفل المحلية من أجل حماية طفلك.

**وأنا أفهم أن برنامج CNC Childminding ليس خدمة رعاية نهارية مرخصة من قبل حكومة أونتاريو** وأنه يجب أن أكون في الموقع في جميع الأوقات ويمكن الاستفادة منه بسهولة أثناء وجود طفلي في برنامج CNC لرعاية الأطفال. وأنا أفهم أنه إذا تركت الموقع دون طفلي، وسوف تفقد على الفور بلدي CNC Childminding الامتياز. أفهم أنه لحماية طفلي، قد يتصل برنامج CNC رعاية الطفل بوكالة الحماية المحلية.

***يجب أن يكون هذا النموذج مكتملا قبل مشاركة طفلك في البرنامج***

***معلومات الطفل*** *(يرجى الطباعة)*

الاسم الأول: .....................................................................................................................................................................

الاسم الأخير: .......... .........................................................................................................................................................

الاسم المستخدم: ............ ..................................................................................................................................................

*(دائرة)*  ماليفيمال

تاريخ الميلاد:...........................................................................................................................................................................

مكان الميلاد:..........................................................................................................................................................................

لغة الطفل الأولى: ............ ...............................................................................................................................................

***الوالد (ق) / الجارديان القانونية:*** ............

اسم:....................................................................................................................................................................................

عنوان:................................................................................................................................................................................

مدينة:................................................... لواء:........................................... الرمز البريدي: ........................................................

الهاتف:................................................................................................................................................................................

***معلومات الاتصال في حالات الطوارئ***

اسم:....................................................................................................................................................................................

العلاقة بالطفل: ............ ........................................................................................................................................................

عنوان:................................................................................................................................................................................

مدينة:....................................................... لواء:............................................... الرمز البريدي: ...............................................

الهاتف:................................................................................................................................................................................

هل يعاني هذا الطفل من أي مشاكل صحية – على سبيل المثال، الحساسية أو تقييد الطعام أو الربو أو مرض السكري؟

*(دائرة)*  نعم لا *إذا كان* الجواب نعم، يرجى شرح

*...................................................* .................................................................................................................................. ......................................................................................................................................................................................

هل يعاني هذا الطفل من أي مشكلة مع أي مما يلي؟

*(دائرة)* الرؤيةتثثوثيرينغأثير

*يرجى شرح أي مشكلة كنت دائرة*

.........................................................................................................................................................................................

هل كان هذا الطفل يعاني من أي أمراض أو أمراض معدية يجب أن نعرف عنها؟

*(دائرة)* نعم لا *إذا كان* الجواب نعم، يرجى شرح

.........................................................................................................................................................................................

هل يتناول هذا الطفل أي دواء؟

*(دائرة)* YesNo *إذا كان*  الجواب نعم، ما هو اسم الدواء وما هو؟

.........................................................................................................................................................................................

توقيع الوالد / الوصي: .............................................................................................................................................................

تاريخ:.................................................................................................................................................................................

*للاستخدام المكتبي فقط*

تاريخ البدء: ................................................................................ تاريخ الانسحاب: .................................................................

**ملف تعريف تابع ل CNC**

**مكان ميلاد الطفل:** ............. ..................................................................................................................

**لغة الطفل الأولى:** ................. ...............................................................................................................

**هل هناك لغات أخرى يتحدثها الطفل؟** .................................... ....................................................................

**هل يعاني طفلك من أي حالات طبية يجب أن نعرف عنها؟** ................................... ...........................................

.......................................................................................................................................................

**هل يتناول طفلك أي دواء؟** .....................................................................................................................

**أي مشكلة في الرؤية أو السمع أو الكلام أو التغذية؟** .....................................................................................

**أي قيود على اللعب أو الأنشطة** .............. .................................................................................................

**هل تعاني من أي حساسية؟** .............................. ......................................................................................

**التفضيلات والروتينات:**

**ما هي الأطعمة المفضلة لطفلك؟** ..............................................................................................................

**ما هي الأنشطة التي يتمتع بها؟** ....................... ......................................................................................

**هل ينام طفلك؟ متى و إلى متى؟** .................................... ..........................................................................

**هل يأكل طفلك بملعقة أو شوكة أو يد؟** ......................................................................................................

**ما الوقت الذي يذهب طفلك إلى النوم؟** .......................... .............................................................................

**هل ينام طوال الليل؟** ............................ ................................................................................................

**ما هي الكلمة التي يستخدمها طفلك لحركات الأمعاء، التبول؟** ..........................................................................

**معلومات خاصة:**

**هل هناك أي شقيق؟** ...........................................................................................................................

**ما هي كلمات الراحة التي يمكن أن نستخدمها مع الطفل** ...............................................................................

**ما هي الأسماء الخاصة التي لديك لطفلك؟** ................................................................................................

**هل لدى طفلك أية محاولة مفضلة؟** .........................................................................................................

**هل كان طفلك في أي نوع من رعاية الطفل من قبل؟**  ...................................................................................

**لاستخدام الموظفين فقط**

**تأكيد المعلومات**

**تاريخ البدء:** ....................... .................................................................................................................

**تاريخ الانسحاب:** ................... .............................................................................................................

**تاريخ تحديث المعلومات:** .............. ...........................................................................................................

**سجل التحصين في الملف:** .................. ...................................................................................................

**يحتاج تاريخ التحصين إلى تحديث:** .................................................... ........................................................

**قائمة اختيار CNC للتوجيه الأصل**

**الاسم الأصل:**

**تاريخ التوجه:**

عند تسجيل طفل في البرنامج: يجب مراجعة معلومات التوجيه على النحو التالي:

* إبلاغ الوالد بأنه يجب أن يبقى في الموقع.
* مراجعة التسجيل وإكمال النموذج كما هو مطلوب مع الوالد.
* تعريف الوالدين على موظفي رعاية الأطفال.
* إظهار الوالدين حول مساحة رعاية الطفل، وتحديد مكان أطفالهم.
* توفير information حول خطة البرنامج.
* مراجعة إجراءات الاستلام والإنزال مع الوالدين.
* توفير المعلومات وقت وجبة خفيفةنوبة، بما في ذلك قائمة الوجبات الخفيفة، ما يجب أن المواليةvide، ما سيتم توفيره، wheن يتمتقديمه، الخ.
* تقديم معلومات حولllergies، والقيود المفروضة على الغذاء.
* مراجعة إجراءاتحلقة دياب مع الوالد؛ إبلاغ الوالد ثحسهو المسؤول، ما يجب أن توفر، ووار سوف توفر.
* لإكمال الملف الشخصي للطفل، قم بتطوير الإجراءات واتباعها.
* تزويد الوالدين بمعلومات حول ما يلي:
  + المجتمع ريسورسيس المتعلقة الأبوة والأمومة
  + خدمات التسوية
  + سجل التحصين المعلوماتي – معايير المقاطعات، أين يمكن العثور على الخدمات.
  + معلومات عن تقدمية أطفالهم على أساس مستمر