



المعلومات والتفويض
نموذج الفَصْر المرافقين
الطفل صاحب أمنية السفر

إلى: الوالد (الوالدان) أو الوصي القانوني (الأوصياء القانونيون) لـ

[اسم القاصر المشارك في تحقيق الأمنية]

من: مؤسسة Make-A-Wish Foundation®

[اسم الفرع]

طلب أحد الأطفال أصحاب الأمنيات لدينا، _____ ("الطفل صاحب الأمنية")، أن يقوم
طفلكم ("الطفل") بالمشاركة في تحقيق أمنيه، والتي سوف تنطوي على السفر إلى ومن _____ في
_____ 201 ("الأمنية"). حتى يشارك طفلكم في تحقيق الأمنية، يجب أن تقوم بالتوقيع على
نموذج "تصريح المسؤولية والتفويض"، المرجع: نموذج "المعلومات الطبية والنشر" بالنيابة عن نفسك وطفلك.
بالإضافة إلى ذلك، نطلب منكم أن تقوموا بتقديم المعلومات التالية، والتي سوف نقدمها لوالدي/أوصياء الطفل صاحب
الأمنية، والذين سيتولون رعاية طفلكم خلال مدة تحقيق الأمنية:

معلومات الاتصال

الاسم (الأسماء): _____

العنوان: _____

الهاتف: _____ (المنزل) _____ (العمل) _____ (الهاتف المحمول)

عنوان البريد الإلكتروني: _____ (المنزل) _____ (العمل)

هل يقيم طفلك مع كل من والديه الطبيعيين؟ _____ نعم _____ لا

في حالة الإجابة "لا"، يُرجى تقديم الاسم/معلومات الاتصال الخاصة بالوالد الطبيعي الآخر:

تقديم اسم ورقم هاتف (أرقام هواتف) الشخص الذي يجب الاتصال به في حالة الطوارئ، وتوضيح علاقته بك و/أو
بطفلك:

معلومات عن الطفل

اسم الطفل بالكامل: _____ تاريخ الميلاد: _____

يُرجى إدخال اسم ورقم هاتف الطبيب الأساسي للطفل:

قم بإدراج كل الأدوية التي يتعاطاها الطفل حالياً (مع التعليمات المحددة الخاصة بكل منها):

قم بإدراج أنواع الحساسية التي يعاني منها الطفل:

هل هناك أية مخاوف صحية أخرى محددة؟

معلومات التأمين الصحي

اسم صاحب التأمين:

جهة التأمين الصحي:

الهاتف: _____ اسم/رقم المجموعة: _____

[يُرجى إرفاق نسخة من بطاقة التأمين أو مستند آخر يثبت التأمين.]

تفويض العلاج الطبي

يقوم الوالد (الوالدان) أو الوصي القانوني (الأوصياء القانونيون)، الموقع أدناه، للطفل _____

("الطفل")، بموجب هذا المستند بتفويض _____ للحصول على، وتقديم

الموافقة على، أية علاجات أو إجراءات طبية لطفنا إذا طرأت الحاجة لهذه الخدمات أثناء تواجده في ولاية

_____ خلال الفترة _____ إلى _____، 201__ .

[توقيع الأب/الوصي على الطفل]

[توقيع الأم/الوصي على الطفل]

التاريخ

التاريخ

يشهد على التوقيعات أعلاه:

[توقيع الشاهد الثاني]

[توقيع الشاهد الأول]

شهدا وأقرا أمامي _____ يوم من _____، 201__ .

