

EMERGENCY PLAYBOOK

ساعد أسرتك في حالات الطوارئ
(Arabic)

معلومات الطوارئ

معلومات الطوارئ

911

الشرطة وإرسال البلاغات

911

الطوارئ الطبية

هاتف الطوارئ 1:

هاتف الطوارئ 2:

اسم أسرتي وعنوانها وأرقام هواتفها:

سيساعد هذا الكتيب أسرتك والمدينة في حالة الطوارئ. يرجى إكمال المعلومات الواردة في دليل المبادئ هذا بعناية. يمكن أن يساعد في إعادة لم شمل أسرتك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في التقاط الصور، يُرجى طلب المساعدة من مسؤول توفير المأوى. يمكننا أيضًا عمل نسخة كي تحتفظ بها لنفسك.

يرجى توفير أكبر قدر ممكن من المعلومات عنك وعن أفراد أسرتك الذين يعيشون معك الآن.

يرجى إدراج جهة اتصال واحدة للطوارئ في منطقة مدينة نيويورك وجهة اتصال للطوارئ تعيش بعيدًا أو في دولة أخرى. يجب أن تكون جهات الاتصال هذه أشخاصًا تعرفهم وتثق بهم ويمكنك التواصل معهم.

الاسم:

معلومات أسرتي

الاسم:

العلاقة:

عنوان الشارع:

المدينة ، الولاية:

رقم الهاتف:

أفراد الأسرة:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

أرقام العمل:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

الاسم:

الهاتف:

أرج صورة
للأسرة

معلومات المدرسة

اسم الطفل:

الصف الدراسي:

_____ وقت المغادرة: _____

المعلم/معلم الصف:

اسم المدرسة:

عنوان المدرسة:

رقم هاتف المدرسة:

الموقع الإلكتروني للمدرسة:

مصادر الأخبار المحلية:

اسم الطفل:

الصف الدراسي:

_____ وقت المغادرة: _____

المعلم/معلم الصف:

اسم المدرسة:

عنوان المدرسة:

رقم هاتف المدرسة:

الموقع الإلكتروني للمدرسة:

مصادر الأخبار المحلية:

معلومات المدرسة

اسم الطفل:

الصف الدراسي:

_____ وقت المغادرة: _____

المعلم/معلم الصف:

اسم المدرسة:

عنوان المدرسة:

رقم هاتف المدرسة:

الموقع الإلكتروني للمدرسة:

مصادر الأخبار المحلية:

اسم الطفل:

الصف الدراسي:

_____ وقت المغادرة: _____

المعلم/معلم الصف:

اسم المدرسة:

عنوان المدرسة:

رقم هاتف المدرسة:

الموقع الإلكتروني للمدرسة:

مصادر الأخبار المحلية:

الاسم:

فرد الأسرة 1

الاسم: _____

تاريخ الميلاد: _____ العمر: _____

لون العين: _____ الجوال: _____

لون الشعر: _____ البريد الإلكتروني: _____

الطول: _____ العمل: _____

الوزن: _____ رقم هاتف العمل: _____

طبيب الأسرة: _____

الهاتف: _____

طبيب الأسنان: _____

الهاتف: _____

المستشفى: _____

المدينة ، الولاية: _____

الاحتياجات الخاصة/التشخيص: _____

التسهيلات اللازمة: _____

النظرة: _____

المعينات السمعية: _____

الحساسية: _____

أدويتي (الجرعة): _____

أدرج صورة
فرد
الأسرة

أكمل التفاصيل ذات الصلة لفرد الأسرة.

الاسم:

فرد الأسرة 2

الاسم: _____

تاريخ الميلاد: _____ العمر: _____

لون العين: _____ الجوال: _____

لون الشعر: _____ البريد الإلكتروني: _____

الطول: _____ العمل: _____

الوزن: _____ رقم هاتف العمل: _____

طبيب الأسرة: _____

الهاتف: _____

طبيب الأسنان: _____

الهاتف: _____

المستشفى: _____

المدينة ، الولاية: _____

الاحتياجات الخاصة/التشخيص: _____

التسهيلات اللازمة: _____

النظارة: _____

المعينات السمعية: _____

الحساسية: _____

أدويتي (الجرعة): _____

أدرج صورة
فرد
الأسرة

أكمل التفاصيل ذات الصلة لفرد الأسرة.

الاسم:

فرد الأسرة 3

الاسم: _____

تاريخ الميلاد: _____ العمر: _____

لون العين: _____ الجوال: _____

لون الشعر: _____ البريد الإلكتروني: _____

الطول: _____ العمل: _____

الوزن: _____ رقم هاتف العمل: _____

طبيب الأسرة: _____

الهاتف: _____

طبيب الأسنان: _____

الهاتف: _____

المستشفى: _____

المدينة ، الولاية: _____

الاحتياجات الخاصة/التشخيص: _____

التسهيلات اللازمة: _____

النظارة: _____

المعينات السمعية: _____

الحساسية: _____

أدويتي (الجرعة): _____

أدرج صورة
فرد
الأسرة

أكمل التفاصيل ذات الصلة لفرد الأسرة.

الاسم:

فرد الأسرة 4

الاسم: _____

تاريخ الميلاد: _____ العمر: _____

لون العين: _____ الجوال: _____

لون الشعر: _____ البريد الإلكتروني: _____

الطول: _____ العمل: _____

الوزن: _____ رقم هاتف العمل: _____

طبيب الأسرة: _____

الهاتف: _____

طبيب الأسنان: _____

الهاتف: _____

المستشفى: _____

المدينة ، الولاية: _____

الاحتياجات الخاصة/التشخيص: _____

التسهيلات اللازمة: _____

النظارة: _____

المعينات السمعية: _____

الحساسية: _____

أدويتي (الجرعة): _____

أدرج صورة
فرد
الأسرة

أكمل التفاصيل ذات الصلة لفرد الأسرة.

الاسم:

فرد الأسرة 5

الاسم: _____

تاريخ الميلاد: _____ العمر: _____

لون العين: _____ الجوال: _____

لون الشعر: _____ البريد الإلكتروني: _____

الطول: _____ العمل: _____

الوزن: _____ رقم هاتف العمل: _____

طبيب الأسرة: _____

الهاتف: _____

طبيب الأسنان: _____

الهاتف: _____

المستشفى: _____

المدينة ، الولاية: _____

الاحتياجات الخاصة/التشخيص: _____

التسهيلات اللازمة: _____

النظارة: _____

المعينات السمعية: _____

الحساسية: _____

أدويتي (الجرعة): _____

أدرج صورة
فرد
الأسرة

أكمل التفاصيل ذات الصلة لفرد الأسرة.

الاسم:

فرد الأسرة 6

الاسم: _____

تاريخ الميلاد: _____ العمر: _____

لون العين: _____ الجوال: _____

لون الشعر: _____ البريد الإلكتروني: _____

الطول: _____ العمل: _____

الوزن: _____ رقم هاتف العمل: _____

طبيب الأسرة: _____

الهاتف: _____

طبيب الأسنان: _____

الهاتف: _____

المستشفى: _____

المدينة ، الولاية: _____

الاحتياجات الخاصة/التشخيص: _____

التسهيلات اللازمة: _____

النظرة: _____

المعينات السمعية: _____

الحساسية: _____

أدويتي (الجرعة): _____

أدرج صورة
فرد
الأسرة

أكمل التفاصيل ذات الصلة لفرد الأسرة.

الاسم:

معلومات جهة الاتصال المحلية للطوارئ

الاسم: _____
العلاقة: _____
عنوان الشارع: _____
المدينة ، الولاية: _____
رقم الهاتف: _____

☐ إذا لم يتمكن أحد الوالدين أو كلاهما من رعاية الأطفال، فهل سيكون هذا الشخص مستعدًا لاستقبالهم؟

أفراد الأسرة:

الاسم:	_____	الهاتف:	_____
الاسم:	_____	الهاتف:	_____
الاسم:	_____	الهاتف:	_____
الاسم:	_____	الهاتف:	_____
الاسم:	_____	الهاتف:	_____
الاسم:	_____	الهاتف:	_____
الاسم:	_____	الهاتف:	_____
الاسم:	_____	الهاتف:	_____
الاسم:	_____	الهاتف:	_____
الاسم:	_____	الهاتف:	_____

أدرج صورة
جهة
الاتصال المحلية للطوارئ

الاسم:

معلومات جهة الاتصال في حالات الطوارئ خارج المنطقة

الاسم: _____
العلاقة: _____
عنوان الشارع: _____
المدينة ، الولاية: _____
الدولة: _____
رقم الهاتف: _____

أفراد الأسرة:

الاسم: _____	الهاتف: _____
الاسم: _____	الهاتف: _____
الاسم: _____	الهاتف: _____
الاسم: _____	الهاتف: _____



يرجى وضع دائرة أو نجمة على الولاية التي تقع فيها الأسرة إذا كانت داخل الولايات المتحدة.

أدرج صورة جهة
الاتصال في حالات الطوارئ
خارج المنطقة