

EMERGENCY PLAYBOOK

*Aiuta la famiglia in caso di emergenza
(Italian)*



Human Resources
Administration
Department of
Homeless Services

**Department of
Social Services**

DSS-53 (I) 02/11/2025
(E) 02/04/2025 LLF



NOME E COGNOME:

INFORMAZIONI SULLA MIA FAMIGLIA

NOME: _____

RELAZIONE: _____

INDIRIZZO: _____

CITTÀ, STATO: _____

TELEFONO: _____

FAMILIARI:

NOME: _____ **TEL.:** _____

RECAPITI DI LAVORO:

NOME: _____ **TEL.:** _____

INFORMAZIONI SULLA SCUOLA

NOME FIGLIO/A: _____

CLASSE: _____ ORA DI USCITA: _____

INSEGNANTE/INS. DI SOSTEGNO: _____

NOME DELLA SCUOLA: _____

INDIRIZZO DELLA SCUOLA: _____

TELEFONO DELLA SCUOLA: _____

SITO WEB DELLA SCUOLA: _____

FONTI DI INFORMAZIONE LOCALI:

NOME FIGLIO/A: _____

CLASSE: _____ ORA DI USCITA: _____

INSEGNANTE/INS. DI SOSTEGNO: _____

NOME DELLA SCUOLA: _____

INDIRIZZO DELLA SCUOLA: _____

TELEFONO DELLA SCUOLA: _____

SITO WEB DELLA SCUOLA: _____

FONTI DI INFORMAZIONE LOCALI:

INFORMAZIONI SULLA SCUOLA

NOME FIGLIO/A: _____

CLASSE: _____ ORA DI USCITA: _____

INSEGNANTE/INS. DI SOSTEGNO: _____

NOME DELLA SCUOLA: _____

INDIRIZZO DELLA SCUOLA: _____

TELEFONO DELLA SCUOLA: _____

SITO WEB DELLA SCUOLA: _____

FONTI DI INFORMAZIONE LOCALI:

NOME FIGLIO/A: _____

CLASSE: _____ ORA DI USCITA: _____

INSEGNANTE/INS. DI SOSTEGNO: _____

NOME DELLA SCUOLA: _____

INDIRIZZO DELLA SCUOLA: _____

TELEFONO DELLA SCUOLA: _____

SITO WEB DELLA SCUOLA: _____

FONTI DI INFORMAZIONE LOCALI:



Inserisci i dettagli corrispondenti del familiare.

NOME E COGNOME:

FAMILIARE 1

Nome: _____

Compleanno: _____ Et : _____

Colore degli occhi: _____ Cellulare: _____

Colore dei capelli: _____ E-mail: _____

Altezza: _____ Lavoro: _____

Peso: _____ Tel. lavoro: _____

Medico di famiglia: _____

Tel.: _____

Dentista: _____

Tel.: _____

Ospedale: _____

Citt , Stato: _____

Diagnosi/esigenze particolari: _____

Sistemazioni richieste: _____

Occhiali: _____

Protesi acustiche: _____

Allergie: _____

Medicine (dosaggio): _____



Inserisci i dettagli corrispondenti del familiare.

NOME E COGNOME:

FAMILIARE 2

Nome: _____

Compleanno: _____ Età: _____

Colore degli occhi: _____ Cellulare: _____

Colore dei capelli: _____ E-mail: _____

Altezza: _____ Lavoro: _____

Peso: _____ Tel. lavoro: _____

Medico di famiglia: _____

Tel.: _____

Dentista: _____

Tel.: _____

Ospedale: _____

Città, Stato: _____

Diagnosi/esigenze particolari: _____

Sistemazioni richieste: _____

Occhiali: _____

Protesi acustiche: _____

Allergie: _____

Medicine (dosaggio): _____



Inserisci i dettagli corrispondenti del familiare.

NOME E COGNOME:

FAMILIARE 3

Nome: _____

Compleanno: _____ Et : _____

Colore degli occhi: _____ Cellulare: _____

Colore dei capelli: _____ E-mail: _____

Altezza: _____ Lavoro: _____

Peso: _____ Tel. lavoro: _____

Medico di famiglia: _____

Tel.: _____

Dentista: _____

Tel.: _____

Ospedale: _____

Citt , Stato: _____

Diagnosi/esigenze particolari: _____

Sistemazioni richieste: _____

Occhiali: _____

Protesi acustiche: _____

Allergie: _____

Medicine (dosaggio): _____



Inserisci i dettagli corrispondenti del familiare.

NOME E COGNOME:

FAMILIARE 4

Nome: _____

Compleanno: _____ Età: _____

Colore degli occhi: _____ Cellulare: _____

Colore dei capelli: _____ E-mail: _____

Altezza: _____ Lavoro: _____

Peso: _____ Tel. lavoro: _____

Medico di famiglia: _____

Tel.: _____

Dentista: _____

Tel.: _____

Ospedale: _____

Città, Stato: _____

Diagnosi/esigenze particolari: _____

Sistemazioni richieste: _____

Occhiali: _____

Protesi acustiche: _____

Allergie: _____

Medicine (dosaggio): _____



Inserisci i dettagli corrispondenti del familiare.

NOME E COGNOME:

FAMILIARE 5

Nome: _____

Compleanno: _____ Et : _____

Colore degli occhi: _____ Cellulare: _____

Colore dei capelli: _____ E-mail: _____

Altezza: _____ Lavoro: _____

Peso: _____ Tel. lavoro: _____

Medico di famiglia: _____

Tel.: _____

Dentista: _____

Tel.: _____

Ospedale: _____

Citt , Stato: _____

Diagnosi/esigenze particolari: _____

Sistemazioni richieste: _____

Occhiali: _____

Protesi acustiche: _____

Allergie: _____

Medicine (dosaggio): _____



Inserisci i dettagli corrispondenti del familiare.

NOME E COGNOME:

FAMILIARE 6

Nome: _____

Compleanno: _____ Et : _____

Colore degli occhi: _____ Cellulare: _____

Colore dei capelli: _____ E-mail: _____

Altezza: _____ Lavoro: _____

Peso: _____ Tel. lavoro: _____

Medico di famiglia: _____

Tel.: _____

Dentista: _____

Tel.: _____

Ospedale: _____

Citt , Stato: _____

Diagnosi/esigenze particolari: _____

Sistemazioni richieste: _____

Occhiali: _____

Protesi acustiche: _____

Allergie: _____

Medicine (dosaggio): _____

***Applica una foto
del contatto di
emergenza locale***

NOME E COGNOME:

**INFORMAZIONI SUL CONTATTO
DI EMERGENZA LOCALE**

NOME: _____
RELAZIONE: _____
INDIRIZZO: _____
CITTÀ, STATO: _____
TELEFONO: _____

SE UNO O ENTRAMBI I GENITORI NON POSSONO
OCCUPARSI DEI FIGLI, QUESTA PERSONA SAREBBE
DISPOSTA A OCCUPARSENE?

FAMILIARI:

NOME: _____ TEL.: _____
NOME: _____ TEL.: _____

***Applica una foto del
contatto di emergenza
fuori zona***

NOME E COGNOME:

**INFORMAZIONI SUL CONTATTO
DI EMERGENZA FUORI ZONA**

NOME: _____
RELAZIONE: _____
INDIRIZZO: _____
CITTÀ, STATO: _____
PAESE: _____
TELEFONO: _____

FAMILIARI:
NOME: _____ TEL.: _____
NOME: _____ TEL.: _____
NOME: _____ TEL.: _____
NOME: _____ TEL.: _____



**Cerchia o segna con un asterisco lo stato in cui vive la famiglia
negli Stati Uniti.**