

姓名： _____

我家人的相關資訊

姓名： _____

關係： _____

街道地址： _____

城市、州： _____

電話號碼： _____

家庭成員：

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

工作電話：

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____ 電話： _____

姓名： _____

我的相關資訊

姓名： _____

出生日期： _____ 年齡： _____

眼睛顏色： _____ 手機： _____

頭髮顏色： _____ 電子郵件： _____

身高： _____ 工作： _____

體重： _____ 工作電話： _____

家庭醫生： _____

電話： _____

牙醫： _____

電話： _____

醫院： _____

城市、州： _____

特殊需求/診斷： _____

所需便利安排： _____

眼鏡： _____

助聽器： _____

過敏： _____

我的用藥（劑量）： _____

插入家人照片

姓名: _____

當地緊急聯絡人資訊

姓名: _____

關係: _____

街道地址: _____

城市、州: _____

電話號碼: _____

☐ 如果父母一方或雙方都無法照顧孩子，此人是否願意接納他們？

家庭成員:

姓名: _____ 電話: _____

姓名: _____ 電話: _____

姓名: _____ 電話: _____

姓名: _____ 電話: _____

姓名: _____ 電話: _____

姓名: _____ 電話: _____

姓名: _____ 電話: _____

姓名: _____ 電話: _____

姓名: _____ 電話: _____

姓名: _____ 電話: _____