



WorldTower ChildCare

Level 14 / 87 Liverpool Street, Sydney NSW 2000
 Tel: 02 9262 7927 Fax: 02 9262 7794 Mob: 0437 960 790
 www.worldtowerchildcare.com.au
 A.B.N. 95 63 54 34 943



CRN / 提供者号码 : 407 211 143L

订金 (可退还)	
手续费 (不可退还)	
合计	
日期	签名

World Tower Child Care 入园日期

儿童详细信息	
姓 :	名 :
性别 : 男 / 女 (请选择其一)	推荐名称 :
地址 :	邮编
出生日期 :	年龄 : 岁 月
出生地点 :	
宗教信仰 :	国籍 :
第一语言 :	在家所使用的第一语言 :
宗教和/或文化因素 :	
父母婚姻状况 : (请圈出其一) 已婚 / 同居 / 离异 / 分居 / 鳏 (寡) / 单身	
儿童与之生活: (请圈出其一) 父母双亲 / 母亲 / 父亲 / 其他亲属 / 其他	

父母详细资料	
父亲详细资料	母亲详细资料
姓名 :	姓名 :
与儿童关系 :	与儿童关系 :
地址 邮编	地址 邮编
电话 : 家庭 :	电话 : 家庭 :
工作电话 : 移动电话	工作电话 : 移动电话 :
职业 :	职业 :
雇主和雇主地址 :	雇主和雇主地址 :
电子邮件地址 :	电子邮件地址 :
国籍/宗教信仰	国籍/宗教信仰
所讲语言 :	所讲语言 :

要求照顾的日期 (请在所要求的日期上打勾)				
星期一	星期二	星期三	星期四	星期五

优先权 (请在合适的类别上打勾)				
学生	全职员工	兼职员工	父母残疾	儿童残疾
寻找工作	有不止一个在学龄期以下的儿童	在世界广场居住/生活	父母/监护人在悉尼中央商务区工作	其他

监护状况 如果父母分离/离异, 有没有一个法律文件列明哪一方有监护权? (请圈出其一) 是/否 (如果是, 请附上法律文件的复印件)	
签发日期:	证件查阅人:
监护人:	
地址:	市郊:
电话: 家庭:	工作: 移动电话:
不得探视儿童的人:	
姓名:	
地址:	郊区:
不得接送儿童的人:	
姓名:	
地址:	郊区:
关于探视协议的注解:	

在紧急情况下的联系人			
在紧急情况下如果不能够联系到父(母), 请列出可以联系的家庭成员或者朋友。请保持此列表随时更新。			
姓名	与儿童的关系	电话号码	地址
		家庭: 工作: 移动电话:	
		家庭: 工作: 移动电话:	
		家庭: 工作: 移动电话:	

从本中心可以接走您孩子的人:			
请注意, 除非收到预先的通知, 只有父母/监护人或者在此空格内提到的人才可以从世界大厦儿童护理中心接走。要求相片识别, 驾驶执照, 护照。请保持此列表随时更新。			
姓名	与孩童的关系:	电话号码	地址:

		家庭： 工作： 移动电话：	
		下页继续 家庭： 工作： 移动电话：	
		家庭： 工作： 移动电话：	

家庭环境/ 家族详细信息			
种族：		文化认同：	
重要的文化习惯：		重要的宗教习惯：	
兄弟姐妹 (兄弟和姐妹)			
名字	年龄	名字	年龄
名字	年龄	名字	年龄
名字	年龄	名字	年龄
其他家庭成员		与儿童关系	
名字	年龄	与儿童关系	
名字	年龄		
家庭内的宠物			
其他重要信息			

儿童医疗和保健资料	
家庭医生	电话：
姓名	地址：
家庭牙医	电话：
姓名：	地址：

病史	(请勾出并提供任何详细资料)
您的孩子曾患以下的其中之一么？	是/否
• 哮喘	是/否
• 艾滋病	是/否
• 过敏	是/否
• 自闭症	是/否
• 支气管炎	是/否
• 输血	是/否
• 曾发生严重事故	是/否
• 大脑性麻痹	是/否
• 水痘	是/否
• 义膜性喉炎	是/否

1. 在事故或者疾病发生在上述孩子身上时，我同意中心主管或其助理联系紧急联系人并寻求和提供医疗供应，牙齿，医院或者救护服务。
2. 在我的孩子的体温升至摄氏 37.5 度以上的情况下，我/我们同意中心主任或其助理依照制造商的使用说明控制扑热息痛的剂量。（在控制剂量之前，中心主任应当尽力联系孩子的父母以取得口头许可）
3. 我已理解并接受中心的管理/人员认为我的孩子感染了传染病或者因为病的厉害而不能参加本中心的护理时，此决定应当被认为是最终的决定，我的孩子也应当迅速地在本中心被接走。
4. 我理解并接受我的孩子患有传染病时，我不会让我的孩子回到中心，直至清理期的持续时间或者提供由一个有资格的并经过注册的医师提供医学证明。
5. 我理解并接受我的孩子没有免疫并且如果在中心内部有疫苗针对传染病爆发的话，依照新南威尔士卫生部门的命令他/她或被拒绝照料，此空位的日常费用照付。

父(母)亲 1 签名：_____ 父(母)亲 2 签名：_____
 日期：_____ 日期：_____

• **入学通知的撤销**

我理解我必须提供给中心我孩子出勤撤销的 **4 周提前书面通知**。如果我孩子在中心的天数从预定的时间里减少也同样适用。

父(母)亲 1 签名：_____ 父(母)亲 2 签名：_____
 日期：_____ 日期：_____

• **关于哮喘的授权**

据我所知，我孩子_____曾/不曾患过哮喘。不管怎样如果他/她患上哮喘，依据中心规定我同意中心的人员行使急救或叫救护车。

父(母)亲 1 签名：_____ 父(母)亲 2 签名：_____
 日期：_____ 日期：_____

• **防晒**

在适当的时间并且在皮肤没有防护的区域，如果他们觉得必要的话，您同意中心给您的孩子使用 SPF 30+ 超凡防晒露吗？是 / 否

父(母)亲 1 签名：_____ 父(母)亲 2 签名：_____
 日期：_____ 日期：_____

• **同意使用尿布疹乳膏**

您同意中心给您的孩子使用上述尿布疹乳膏以防止尿布疹或者其他形式的皮肤刺激（烧伤/叮/咬等）（医疗同意表格应当每天填写并签署）

父(母)亲 1 签名：_____ 父(母)亲 2 签名：_____
 日期：_____ 日期：_____

• **观察许可**

通过规划和观察，World Tower Child Care 中心为每一个儿童提供一套教育计划。

我理解观察应当由中心内部的员工来进行。

父(母)亲 1 签名：_____ 父(母)亲 2 签名：_____
 日期：_____ 日期：_____

• **照相许可：**

我同意中心的人员可以给我的孩子拍照，他/她的名字和年龄可以用在下列用途：

- 中心的广告
- 中心的计划/评估
- 集体/个人记录

父(母)亲1签名: _____ 父(母)2签名: _____
 日期: _____ 日期: _____

• **维护费用**

我同意履行中心的维护费用政策, 提前两周支付。我也理解这些费用的付出是全日性的, 不管我的孩子没有参加或者生病, 包括公共假期, 一旦我的孩子入学不论他/她是否参加。我也理解如果费用逾期未交, 我孩子在中心的位置就可能会有不保的风险。

父(母)亲1签名: _____ 父(母)2签名: _____
 日期: _____ 日期: _____

如果在任何一周的周末, 我孩子的账户已经逾期, 我同意中心的经理联系我商讨此事, 并安排所拖欠的款项, 不管是通过 Ezi Debit 支付系统或者是下面的信用卡支付:

信用卡号: _____
 信用卡有效期限: _____
 CCV 号码: (卡背面的最后三个数字) _____

• **政策和入学信息**

我已经阅读中心的父母手册, 并已同中心经理进行过讨论, 同意并遵守中心的条件和政策。

父(母)亲1签名: _____ 父(母)2签名: _____
 日期: _____ 日期: _____

• **紧急疏散**

在紧急状态下, 例如, 中心内发生火灾, 儿童应当被疏散出房屋并在安全区域的中心点上集合。儿童应当由中心的员工全力管理。我理解本协议并遵守之。

父(母)亲1签名: _____ 父(母)2签名: _____
 日期: _____ 日期: _____

您是怎么找到我们的? 请圈出选择:

因特网网页搜索 黄页在线 白页 传单
 通过一个朋友 儿童护理 霓虹招牌 其他 (请列出) _____

内部使用-由中心的经理和父母完成

预计开始时间: _____

是否已付保证金 是 / 否 金额: \$ _____
 是否已付注册费用 是 / 否 金额: \$ _____
 是否输入 PCPRO 详细信息: 是 / 否
 是否已经接受了免疫信息: 是 / 否
 是否出示了儿童出生证明 是 / 否

父(母)亲1签名: _____ 父(母)亲2签名: _____

日期：_____

日期：_____

中心主任 / 助理 签名：_____

日期：_____