



DISTRICT OF COLUMBIA
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

EDUCATION

የልጅ እድገት ፕሮግራም የስልጠና መከታተያ ቻርት

የ30-ቀን መስፈርቶች

1. የፕሮግራም ስም: _____

2. የፈቃድ ቁጥር: _____

3. የማዕከል ዳይሬክተር/የቦታው አስተዳደር: _____

4. የፈቃድ ጊዜ: _____

የሚጀምርበት: _____ የሚያበቃበት: _____

5. የሠራተኛው ስም	6. የሥራው መጠሪያ	7. የሠራተኛው የመጀመሪያ ቀን	8. አጠቃላይ ሰዓታት	የልጅ ጥያቄ እና ችግር መግለጫ፣ መላኪያ እና ሪፖርት ማድረግ	የድንገተኛ አደጋ ጊዜ ገጠሚነት እና ምላሽ ለመስጠት ማቆያ	ድንገተኛ የጨቅላ ህጻናት ሞት ሲንድሪም (SIDS) እና ደህንነቱ የተጠበቀ የአገዳጭ ልማዶችን	የሽኩቻ ቤብ ሲንድሪም ((በከፍተኛ ሁኔታ ህጻናትን ማገታት) እና የጭንቅላት	የመጀመሪያ እርዳታ እና የካራዩድ-ፕላን (CPR) ሪሰትዩሽን	ሌላ	ሌሎች ቁልፍ የላውቀት ቦታዎች
9. አጠቃላይ										

በዚህ ሰነድ ላይ የተሰጡት ሁሉም መረጃዎች ትክክለኛ ፍሬ ነገሮች እና እውነት መሆናቸውን እኔ አረጋግጣለሁ። በማንኛውም ምክንያት ማንኛውም መረጃ ሀሰተኛ ሆኖ ቢገኝ፣ የልጅ እንክብካቤ ተቋሙን ፈቃድ እስከማቋረጥ የሚደርስ የቁጥጥር እርምጃን ሊያስከትል ይችላል።

የማዕከል ዳይሬክተር/የቦታው አስተዳደሪ ፊርማ: _____

ማእረግ: _____ ቀን: _____