

## مسؤولية مقدم الرعاية

أنا، \_\_\_\_\_ أقر بأنني مسؤول عن \_\_\_\_\_

الأطفال الفُصّر التالية أسماؤهم والذين يقيمون معى:

الاسم \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

.1

.2

.3

.4

.5

أقر بأن المعلومات المذكورة في هذا النموذج صحيحة ودقيقة وكاملة.

التاريخ: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_



