

영아 수면 계획

계획의 날짜: _____

제1항 영아의 정보

영아의 이름	성별	생년월일
허가 받은 대리인의 이름(주요 연락처)		전화번호
허가 받은 대리인의 이름(2차 연락처)		전화번호

제2항 수면 환경 정보

영아의 집 환경: <input type="checkbox"/> 유아용 침대 <input type="checkbox"/> 놀이터 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로) _____	영아의 보통 수면 시간은 어떻게 되나요? _____
영아의 평균 낮잠 시간은 어떻게 되나요? _____ 분 _____ 시	고무 젓꼭지 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 가끔 예, 브랜드: _____

제3항 영아의 뒤집기 능력

나의 영아는, _____ 등에서부터 위, 위, 등까지 뒤집기를 할 수 있습니다
 _____ / _____ / _____.

허가 받은 대리인 서명	날짜
--------------	----

제4항 양육을 할 때 영아의 뒤집기 능력

양육자는 영아가 등에서 배로 다시 배에서 등으로 뒤집기 하는 모습을 관찰했습니다.

양육자 서명	날짜
허가 받은 대리인 서명 (관찰한 날짜로부터 늦어도 다음 영업일까지는 작성을 완료해야 합니다.)	날짜

제5항: 의료 면제

영아는 의료 면제를 받으십니까? 예 아니요

영아가 누워서 자는 자세에서 수면을 취해야 하는 의료 면제가 있는 경우, 면허를 소지한 의사는 대안적인 수면 위치에 대한 지침을 제공해야 합니다.

다음은 의료 면제와 함께 포함해야 합니다.

- 영아가 수면을 할 때 누어야 하는 방법과 수면 위치에 대한 지침.
- 의료 면제의 기간
- 면허를 소지한 의사의 연락 정보
- 의사의 서명과 날짜

본 양식에 필요한 문서를 첨부하고 영아의 파일은 제22조, 101429(a)(2)(c)항은 보육 센터 또는 보육가정을 위한 제102425(c)(2)호를 따른 것입니다.

본인은 이 양식에 포함된 모든 정보가 완전하고 본인이 아는 한 정확한 사실임을 확인합니다.

허가 받은 대리인 서명

날짜