

استمارة تفويض استخدام غسول اليدين

اسم الطفل:	تاريخ الميلاد والعمر :
اسم الغسول (حدد الخيار الذي ترغب في السماح به):	
<input type="checkbox"/> مقدم من البرنامج:	
<input type="checkbox"/> مقدم من أحد الوالدين:	
تاريخ البدء	تاريخ التوقف: (لحد 12 شهرًا بعد "تاريخ البدء")
<u> / / </u>	<u> / / </u>
تعليمات خاصة:	
<ul style="list-style-type: none">• يجب دائماً حفظ غسول اليدين في منطقة لا يمكن للأطفال الوصول إليها.• يجب أن يتم الإشراف على استخدام غسول اليدين من قبل شخص بالغ لمنع ابتلاعه.• غير مخصص للاستخدام المتعلق بأمراض طبية مثل الأكرزيم	

انا أسمح باستخدام غسول اليدين اعلاه لطفلي

التاري

توقيع الوالد/ولي الأمر

لترطيب اليدين	سبب استخدام المنتج:
موضعي	الطريقة:
الرجوع إلى تعليمات الشركة المصنعة	الكمية الواجب اعطاءها:
عندما تكون الأيدي جافة / متشققة	الأوقات الواجب تطبيقها:
درجة حرارة الغرفة	الخزن: