

# ALDEA INFANTIL - SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Fecha de recepción: _____
Grabado por: _____ Entrada por: _____
Fecha de inicio: _____
Fecha de orientación: _____
DCYF ~ Privado ~ CPS

<b>Centro de Aprendizaje Temporal</b> 2904 NE Burton Road Vancouver, WA 98662 (360) 944-0123 Proveedor # 658665	<b>Centro de Edad Escolar B</b> 2904 NE Burton Road Vancouver, WA 98662 (360) 944-0123 Proveedor # 373632	<b>Centro de Aprendizaje Temporal</b> 1900 NE Calle 129 Vancouver, WA 98686 (360) 573-1144 Proveedor # 549709
---	---	---

## INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	Apodo
Fecha de nacimiento	Género	Idioma del hogar del niño	Idioma del hogar de los padres
Dirección de la casa del niño			Teléfono de casa
Enumere a todas las personas que viven en el hogar; incluya los nombres y las edades de los hermanos.			

## INFORMACIÓN DE LA ESCUELA PÚBLICA PARA NIÑOS: complete un formulario de transporte

¿Su hijo asiste a la escuela?	Nombre de la escuela primaria	Nivel de grado	Teléfono de la escuela
Transporte escolar proporcionado por:			

## INSCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL TUTOR

Nombre	Relacion hacía el niño	Estado civil
Dirección de casa	Teléfono de casa	Teléfono móvil
	Dirección de correo electrónico	Número de Seguro Social (requerido)
Nombre y dirección del empleador		Teléfono del trabajo

## OTRA INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR \*

Nombre	Relacion hacía el niño	Estado civil
Dirección de casa	Teléfono de casa	Teléfono móvil
	Dirección de correo electrónico	Número de Seguro Social (requerido)
Nombre y dirección del empleador		Teléfono del trabajo

\* Este padre/tutor debe firmar esta solicitud de inscripción o figurar como "Autorizado para recoger" para poder recoger al niño \*\*

## PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO -- Aparte de los tutores inscritos \*\*

las personas autorizadas deben tener una identificación con foto y tener al menos 18 años de edad; se pueden escribir nombres adicionales en el r

Nombre	Teléfono de casa	Teléfono móvil
DIRECCIÓN		
Nombre	Teléfono de casa	Teléfono móvil
DIRECCIÓN		
Nombre	Teléfono de casa	Teléfono móvil
DIRECCIÓN		

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO**

MÉDICO DEL NIÑO	TELÉFONO DEL MÉDICO	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO (Req.
-----------------	---------------------	--------------------------------------

DIRECCIÓN DEL MÉDICO
----------------------

DENTISTA INFANTIL	TELÉFONO DEL DENTISTA	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN (Req. Anual)
-------------------	-----------------------	--------------------------------------

DIRECCIÓN DEL DENTISTA
------------------------

MEDICAMENTO(S) TOMADO(S) ACTUALMENTE POR EL NIÑO	RAZÓN POR LA QUE EL NIÑO ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S)
--	--

¿TIENE SU HIJO UN IEP, IFSP O 504? SI ES ASÍ, PROPORCIONE UNA COPIA.
--

PREOCUPACIONES ESPECIALES DE SALUD/DESARROLLO (EL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, "IPC", PUEDE SER REQUERIDO ANTES DE ASIS)
--

--

POR FAVOR ENUMERE CUALQUIER CIRUGÍA QUE SU HIJO HA TENIDO
---

POR FAVOR ENUMERE CUALQUIER MARCA DE NACIMIENTO QUE TENGA SU HIJO
---

**ALERGIAS INFANTILES (Se requiere un plan de atención individual para todas las alergias)**

<input type="checkbox"/> medicamentos _____	Reacción _____
<input type="checkbox"/> Leche * _____	Reacción _____
<input type="checkbox"/> Alimento * _____	Reacción _____
<input type="checkbox"/> Respiratorio _____	Reacción _____
<input type="checkbox"/> picadura de abeja _____	Reacción _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	Reacción _____

alergia alimentaria, alergia a la leche líquida, alergia a las abejas o alergia a medicamentos, una nota del médico que indique la alergia y **resolvi**

**CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA Y EL TRATAMIENTO DEL NIÑO MENOR**

Doy permiso para que mi hijo, \_\_\_\_\_, reciba primeros auxilios/tratamiento de emergencia por parte del personal de Children's Village y/u otros servicios de emergencia. Además, autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba atención, tratamiento y procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios por parte del médico habitual de mi hijo, o cuando no se pueda localizar al médico, por un médico autorizado u hospital cuando el médico lo considere inmediatamente necesario o aconsejable. médico para salvaguardar la salud de mi hijo y no puedo ser contactado. Renuncio a mi derecho de consentimiento informado a dicho tratamiento. También doy permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia u otro vehículo de emergencia a un centro de emergencia para recibir tratamiento.

Nombre impreso del padre/tutor	Firma del Padre / Tutor	Fecha
--------------------------------	-------------------------	-------

**ACUERDO DE INSCRIPCIÓN**

1. Notificaré de inmediato a Children's Village de cualquier cambio en la información contenida en esta Aplicación.
2. Se me ha proporcionado un paquete de información para padres de Children's Village. Se incorporan las políticas en el Paquete de este acuerdo.
3. Children's Village tiene el derecho de cambiar sus políticas y programa en cualquier momento.
4. Doy permiso para que mi hijo participe en todas las actividades, sea transportado para excursiones y hacia/desde la escuela pública.
5. Mi hijo puede ser fotografiado con fines no comerciales dentro de la escuela.
6. Eximo de responsabilidad a Children's Village y su personal por la pérdida o daño de juguetes, ropa o artículos personales.
7. Le garantizo a Children's Village que tengo derecho a la custodia legal de mi hijo, que estoy autorizado a poner a mi hijo bajo su cuidado

y que estoy autorizado a firmar y/o realizar cambios informativos en este formulario de inscripción.

Nombre impreso del padre/tutor	Firma del Padre / Tutor	Fecha
Nombre impreso del padre/tutor	Firma del Padre / Tutor	Fecha



Anualmente)

mente)

TIR)

y que