

ALDEA INFANTIL - SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Centro de aprendizaje tempr: Centro de edad escolar BR	Centro de aprendizaje tempr: Centro de edad escolar BR	Centro de aprendizaje tempr: Centro de edad escolar BR
2904 NE Burton Road	2904 NE Burton Road	Calle 129 NE 1900
Vancouver, Washington 9866	Vancouver, Washington 9866	Vancouver, Washington 9868
(360) 944-0123	(360) 944-0123	(360) 573-1144
Proveedor # 658665	Proveedor # 373632	Proveedor # 549709

Date Rec'd: _____
Rec'd by: _____ Input by: _____
Start Date: _____
Orientation date: _____
DCYF ~ Private ~ CPS

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	Apodo
Fecha de nacimiento	Género	Lenguaje principal del niño	Idioma principal de los padres
Dirección del domicilio 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 - 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:

INFORMACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN DEL TUTOR

Nombre	Relación con el niño	Estado civil
Dirección de domicilio	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	Relación con el niño	Estado civil
Dirección de domicilio	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 A RECOGER AL NIÑO - Aparte del tutor o tutores que lo inscriben **

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

Nombre	Teléfono de casa	Teléfono móvil
--------	------------------	----------------

DIRECCIÓN

Nombre	Teléfono de casa	Teléfono móvil
--------	------------------	----------------

DIRECCIÓN

Nombre	Teléfono de casa	Teléfono móvil
--------	------------------	----------------

DIRECCIÓN

ALDEA INFANTIL - SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN, PÁGINA 2

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO		
MEDICO DEL NIÑO	TELÉFONO DEL MÉDICO	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO
DIRECCIÓN DEL MÉDICO		
DENTISTA INFANTIL	TELÉFONO DEL DENTISTA	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN
DIRECCIÓN DEL DENTISTA		
¿SU HIJO TIENE UN IEP, IFSP O 504? SI ES ASÍ, POR FAVOR, PROPORCIONE UNA COPIA.	MEDICAMENTOS QUE TOMA EL NIÑO Y MOTIVO PARA TOMARLOS	
PREOCUPACIONES ESPECIALES DE SALUD/DESARROLLO (PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, "IPC", PUEDE SER REQUERIDO ANTES DE ASISTIR)		
POR FAVOR, ENUNCIE TODAS LAS CIRUGÍAS QUE HAYA TENIDO SU HIJO		
POR FAVOR, ENUNCIÉ TODAS LAS MARCAS DE NACIMIENTO QUE TIENE 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 _____

* Si su hijo tiene alergia a la leche líquida, se requiere una nota del médico que indique la alergia y la sustitución adecuada.

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO DE NIÑOS MENOR

Autorizo a que el personal de Children's Village y/u otros servicios de emergencia brinden primeros auxilios o tratamiento de emergencia a mi hijo, _____. Además, autorizo y doy mi consentimiento para que el médico de cabecera de mi hijo, o cuando no se pueda contactar al médico, lo realice un médico autorizado o un hospital cuando el médico lo considere inmediatamente necesario o recomendable para salvaguardar la salud de mi hijo y no pueda comunicarse conmigo. Renuncio a mi derecho de dar mi consentimiento informado para dicho tratamiento. También autorizo a 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 sobre cualquier cambio en la información contenida en esta Solicitud.
2. Se me ha proporcionado un paquete de información para padres de Children's Village. Las políticas del paquete de información para padres en este acuerdo.
3. Children's Village tiene el derecho de cambiar sus políticas y programas 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 y dentro de la escuela.
6. Eximo a Children's Village y a su personal de toda responsabilidad por pérdida o daños a juguetes, ropa o artículos personales.
7. 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