

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO*Para ser completado, firmado y colocado en el archivo del centro el primer día y actualizado cuando se realicen cambios y al menos una vez al año***INFORMACIÓN DEL NIÑO:**

Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo: _____

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Sobrenombre

Dirección física

del niño: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:

El niño vive con: _____

Nombre del padre/tutor _____ Teléfono de la casa _____

Dirección (si es diferente de la del niño) _____ Código postal _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Nombre de la madre/tutora _____ Teléfono de la casa _____

Dirección (si es diferente de la del niño) _____ Código postal _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

CONTACTOS:

El niño será entregado únicamente a los padres/tutores mencionados anteriormente. El niño también puede ser entregado a las siguientes personas, según lo autorizado por la persona que firma esta solicitud. En caso de una emergencia, si los padres/tutores no pueden ser contactados, el centro tiene permiso para comunicarse con las siguientes personas.

Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono

NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA:

Para cualquier niño con necesidades de atención médica como alergias, asma u otra afección crónica que requiera servicios de salud especializados, se adjuntará un plan de acción médica a la solicitud. El plan de acción médica debe ser completado por los padres del niño o un profesional de atención médica. ¿Hay un plan de acción médica adjunto? Sí No_

Indique cualquier alergia y los síntomas y el tipo de respuesta requerido para reacciones alérgicas. _____

Indique cualquier necesidad o inquietud de atención médica, síntomas y el tipo de respuesta necesario para estas necesidades o inquietudes médicas _____

Enumere los miedos particulares o características únicas de comportamiento del niño _____

Enumere los tipos de medicamentos que toma para necesidades de atención médica _____

Comparta cualquier otra información directamente relevante para garantizar el tratamiento médico seguro para su hijo _____

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

Nombre del profesional de la salud _____ Teléfono del consultorio _____

Hospital de preferencia _____ Teléfono _____

Yo, como el padre/madre/tutor, autorizo al centro para obtener atención médica para mi hijo en una emergencia.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Yo, como el operador, acepto brindar transporte a un recurso médico adecuado en caso de emergencia. En una situación de emergencia, otros niños en el centro serán supervisados por un adulto responsable. No administraré ningún fármaco ni ningún medicamento sin instrucciones específicas del médico o del padre, la madre, tutor o custodio de tiempo completo del niño.

Firma del administrador _____ Fecha _____