

Fecha de aplicación completado: _____ Fecha de inscripción: _____

APLICACIÓN INFANTIL PARA INSCRIPCIÓN—PREESCOLAR | Escuelas del Condado de Transilvania

Para ser completado, actualizado y colocado en el archivo de la instalación en el primer día y firmado, como se producen cambios y al menos anualmente.

Información:

Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo: _____

Último

primer

medio

apodo

Dirección física del niño: _____

Información familiar:

Niño vive con: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección (si difiere de la del niño): _____ Zip código: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de celular: _____

Nombre de la madre/tutor: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección (si difiere de la del niño): _____ Zip código: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono de celular: _____

CONTACTOS:

Niño se liberará a los padres/tutores mencionados anteriormente. El niño también se puede liberar para las siguientes personas, según lo autorizado por la persona que firma esta aplicación. En caso de emergencia, si los padres no se logra, la instalación cuenta con permiso para contactar 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 DE LA SALUD:

Para cualquier niño con necesidades de salud como alergias, asma u otras enfermedades crónicas que requieren servicios de salud especializados, un plan de acción médica deberá adjuntarse a la solicitud. El plan de acción médica debe ser completado por el padre o profesional del cuidado de la salud. ¿Hay un plan de acción médica adjuntado? Si _____ No _____

Lista de alergias y los síntomas y el tipo de respuesta necesaria para las reacciones alérgicas: _____

Lista cualquier necesidades de salud o preocupaciones, síntomas de y tipo de respuesta para las necesidades de salud o preocupaciones: _____

Lista cualquier temor particular o características únicas de comportamiento el niño tiene: _____

Lista de cualquier tipo de medicamento tomado para necesidades de atención médica: _____

Compartir cualquier otra información que tiene una influencia directa sobre asegurar seguro de tratamiento médico para su hijo: _____

INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

Nombre del médico: _____ Telefono de oficina: _____

Preferencia de hospital: _____ Telefono: _____

Como el padre/tutor, autorizo el centro para obtener atención médica para mi hijo en caso de emergencia.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Estoy, como operador, de acuerdo a proporcionar transporte a un recurso médico apropiado en caso de emergencia. En una situación de emergencia, otros niños en las instalaciones serán supervisadas por un adulto responsable. No se administrar cualquier droga o cualquier medicamento sin instrucciones específicas del médico o el padre, tutor o custodio tiempo completo.

Firma del administrador: _____ Fecha: _____