



REGISTRO DE MATRÍCULA DEL NIÑO(A)

DIRECTOR'S USE ONLY

Date enrolled _____

Nombre completo del niño(a) _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Sexo ____ SS# (opcional) _____ Fecha nacimiento _____

Nombre por el que prefiere que se le llame _____

Dirección _____
Número/calle/apartamento Ciudad Estado Código postal

Teléfono casa () _____

Horario en que el niño(a) permanecerá en el centro _____

Persona que tiene la custodia legal _____ Parentesco _____

Dirección _____
Número/calle/apartamento Ciudad Estado Código postal

Teléfono casa () _____ Celular () _____

Nombre de la madre _____

Teléfono casa () _____ Celular () _____

Dirección _____
Número/calle/apartamento Ciudad Estado Código postal

Centro de trabajo _____

Dirección del empleador _____
Número/calle/apartamento Ciudad Estado Código postal

Teléfono () _____

Nombre del padre _____

Teléfono casa () _____ Celular () _____

Dirección _____
Número/calle/apartamento Ciudad Estado Código postal

Centro de trabajo _____

Dirección del empleador _____
Número/calle/apartamento Ciudad Estado Código postal

Teléfono () _____

Oros miembros del núcleo familiar: Nombres de los adultos _____

Nombres y edades de los niños _____

Este niño(a) será entregado únicamente a la persona(s) autorizada, o de la forma autorizada, por escrito, por el padre/madre a cargo de la custodia o el encargado(s) legal. La siguiente persona(s) debe ser alguien que no sea el padre/madre o el encargado(s) legal, y está autorizada a sacar al niño(a) de la instalación en caso de enfermedad, accidente o emergencia, **si por alguna razón el padre/madre a cargo de la custodia o el encargado(s) legal no puede ser localizado:**

Nombre _____

Teléfono casa () _____ Celular () _____

Dirección _____
Número/calle/apartamento Ciudad Estado Código postal

Nombre _____

Teléfono casa () _____ Celular () _____

Dirección _____
Número/calle/apartamento Ciudad Estado Código postal

CONTINÚA EN EL REVERSO

REGISTRO DE MATRÍCULA DEL NIÑO(A)

(Continuación)

Médico del niño(a)/recurso de salud _____

Teléfono () _____

Dirección _____
Número/calle/apartamento Ciudad Estado Código postal

Hospital de preferencia _____
Nombre Ciudad

INFORMACIÓN MISCELÁNEA

Ha tenido el niño(a): Cirugía ___ Enfermedad/accidente grave ___ Quemadura ___ Convulsiones ___
Hueso fracturado/hombro dislocado _____ Otro _____

Indique las alergias conocidas _____

Indique cicatrices, marcas de nacimiento o decoloraciones de la piel que sirvan para identificar al niño(a) _____

Necesidades médicas o dietéticas especiales del niño(a) _____

Indique cualquier área de preocupación _____

Instrucciones sobre el uso del baño _____

Hábitos, temores, etc. del niño(a) _____

Experiencias previas en pre-escolar o en grupo (incluya fechas) _____

Mi firma abajo certifica que:

Doy permiso para consultar al médico/recurso de salud de mi niño(a) indicado arriba, en caso de emergencia si el padre/madre/encargado(s) legal no puede ser localizado.

He recibido copia del folleto "Conozca el Centro de Cuidado de Niños al que Asiste su Niño" y una copia de las normas de disciplina del centro.

Certifico que la información que ofrezco en este formulario de matrícula es completa y exacta.

Firma del padre/madre a cargo de la custodia o encargado(s) legal

Fecha