

SILVERTON

Family Learning Center

Forma de Matricula

Nombre de Niño: _____ Fecha de la Matriculación: _____
Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Sexo _____
Teléfono de Día: _____

Padre (o el guardián) Padre (o el guardián)
Nombre: _____ Nombre: _____
Donde empleo: _____ Donde empleo: _____
Teléfono de Día: _____ Teléfono de Día _____
Teléfono de Célula: _____ Teléfono de Célula: _____

En caso de la emergencia (si ningún padre quede ser alcanzado), notifica por favor:

(Nombre) (Dirección) (Teléfono)

Las Declaraciones de la Autorización

Yo, _____ por el presente, doy mi permiso al Silverton Cooperativo Preescolar de las Escuelas de Silverton a llamar a un medico u obtener medical /el cuidado quirúrgico para mi niño, _____, debe una emergencia surge. Se entiende que un esfuerzo concienzudo se hará para localizarme o mi designé antes esta acción se toma. El gasto del cuidado de la emergencia será aceptado por nosotros.

(Firma de Padre) (Fecha)

Doy mi permiso para mi niño a pasar viajes de estudio lejos del local de la escuela, si a pie o por vehículo. Entiendo que seré notificado de tal tropieza 3 días lectivos o más en el avance.

(Firma de Padre) (Fecha)

La persona (personas) siguiente es / son autorizados a recoger mi niño del centro.

(Nombre) (Teléfono) (Nombre) (Teléfono)

(Nombre) (Teléfono) (Nombre) (Teléfono)

(Firma de Padre) (Fecha)

Nombre de Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

La Evaluación General de la Salud para la Matriculación

Describe alguna condición o la desventaja físicas crónicas que su niño tiene: por ejemplo, alergias, las reacciones de la droga, la diabetes: _____

Medico de Niño: _____ Telefono _____ Dirección _____

Dentista de Niño: _____ Teléfono _____ Dirección _____

Dirige el permiso para aplicar el bronceador si necesitado: Si No

Instrucciones Especiales: _____

Firma de Padre: _____

La Firma de Medico para la Evaluación de la Salud

_____ ha sido examinada por mi y ha sido encontrada para ser libre de alguna enfermedad contagiosa y puede tomar parte en todas las actividades del Silverton Cooperativo Preescolar. Al mejor de mi conocimiento, el niño _____ ha recibido las inmunizaciones apropiadas como para su edad actual.

(Firma de Medico)

(Fecha)

CONECTE POR FAVOR UNA COPIA ACTUAL DE EL DEPARTAMENTO DE COLORADO DE CERTIFICADO DE SALUD DE LA INMUNIZACIÓN

Cuando requerido por Licenciar de Estado, yo he leído la guía de padre y estoy enterado de las políticas y procedimientos de Silverton Cooperativo Preescolar.

(Firma de Padre)

(Fecha)

Díganos por favor acerca de su niño: (las actividades favoritas, los apodos, dormitan los hábitos, el apetito, etc.)