



ADMISSION INFORMATION

Nombre de operación Fundamental Beginnings		Nombre del Director	
Nombre completo del niño		Fecha del niño de nacimiento	No. de teléfono de la casa del niño
Domicilio del niño			
Fecha de admisión	Fecha de retiro		
Del padre o tutor nombre		Dirección (si difiere del domicilio del niño)	
Enumere a continuación los números de teléfono donde los padres o tutor puede ser alcanzado mientras que el niño será cuidado:			
No. de teléfono de la madre	No. de teléfono del padre	No. de teléfono del tutor	No de teléfono celular
Dar el número del nombre, dirección y teléfono de la persona a llamar en caso de emergencia si los padres / guardián no se puede llegar:			Relación
Por la presente autorizo la operación cuidado de niños para permitir que mi hijo a dejar la operación cuidada solamente con las personas siguientes. Por favor indique el número de nombre y teléfono de cada uno. Los niños sólo se liberará a un padre o una persona designada por los padres después de la verificación de la identificación.			

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN:	Por este <input type="checkbox"/> dar <input type="checkbox"/> no le dé	- consentimiento para que mi hijo a ser transportado y ser supervisados por empleados de la operación:
1. <input type="checkbox"/> TRANSPORTE:	<input type="checkbox"/> para atención de emergencia <input type="checkbox"/> en las excursiones <input type="checkbox"/> en el vehículo personal del empleado <input type="checkbox"/> a la escuela y	
2. <input type="checkbox"/> EXCURSIONES:	Por este <input type="checkbox"/> dar <input type="checkbox"/> no le dé	- mi consentimiento para que mi hijo a participar en viajes de campo
Comentarios de los padres:		
3. <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES DE AGUA:	Por este <input type="checkbox"/> dar <input type="checkbox"/> no le dé	- mi consentimiento para que mi hijo participe en actividades de agua:
	<input type="checkbox"/> juego de regadera <input type="checkbox"/> piscinas chapoteo/infantiles <input type="checkbox"/> piletas de natación <input type="checkbox"/> agua de mesa	
4. <input type="checkbox"/> RECIBO DE ESCRITO POLITICIAS OPERACIONALES:	Acuso recibo de políticas operativas de la instalación, los de disciplina y orientación incluidos	
5. <input type="checkbox"/> PELICULAS PG:	Por este <input type="checkbox"/> dar <input type="checkbox"/> no le dé	- mi consentimiento a mi hijo a ver películas PG
6. <input type="checkbox"/> PUBLICADO FOTOS:	Por este <input type="checkbox"/> dar <input type="checkbox"/> no le dé	- mi consentimiento para que mi hijo tener su foto publicada: <input type="checkbox"/> medios de comunicación social <input type="checkbox"/> dentro de la guardería

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:		
En el caso de no puedo llegar para hacer los arreglos para la atención médica de emergencia, autorizo a la persona a cargo para llevar a mi niño a:		
Nombre del médico:	Dirección:	Ph.#:
Nombre del centro de atención médica de emergencia:	Dirección:	Ph.#:
Doy consentimiento para la instalación garantizar toda atención médica de emergencia necesaria para mi hijo.		
Firma - padre o Tutor Legal		

Lista de cualquier problema especial que su hijo pueda tener, tales como alergias, enfermedades existentes, anteriores enfermedades graves, lesiones y hospitalizaciones durante los últimos 12 meses, cualquier medicamento prescrito para uso continuo a largo plazo y cualquier otra información que cuidador debe tener en cuenta:

Operaciones de cuidado diurno infantil son acomodaciones públicas bajo los americanos con discapacidades Act (ADA), título III. Si usted cree que una operación puede estar practicando la discriminación en violación del título III, usted puede llamar a la línea de información de ADA en (800) 514-0301 (voz) o 800-514-0383 (TTY).

Firma - padre o Tutor Legal

Fecha



ADMISSION INFORMATION

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR:

Mi hijo asiste a la escuela siguiente:

_____ Escuela Ph. # _____
Nombre de la escuela y dirección

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN:

Su registro de vacunas es en el archivo de la escuela y todos
Inmunizaciones necesarias o prueba de la tuberculosis es
actuales.

Visión y audición screening registros también están en el
archivo.

Nombre del hermano:

Mi hijo tiene permiso para: a pie desde la escuela o el hogar,
o,
 viajar en un autobús, o ser lanzado para el cuidado de su
hermano menores de 18 años de
edad..

INMUNIZACIONES:

He proporcionado la operación guarda una copia de cartilla de vacunación actualizada de mi hijo.

REQUISITO DE ADMISION: Si su hijo no asiste a pre-kinder o escuela de la operación de la guardería, uno de los siguientes debe presentarse cuando el niño es admitido para la operación de guardería o dentro de una semana de ingreso.

Por favor marque sólo una opción:

1. **DECLARACIÓN DE SALUD PROFESIONAL:** lo han examinado el anterior nombre de niño en el último año y encuentro que he / ella es capaz de participar en el programa de cuidado diurno.

_____ Firma del profesional médico _____ Fecha

2. se adjunta una copia firmada y sellada de la declaración de un profesional del cuidado médico.

3. médica de diagnóstico y tratamiento de conflictos con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida. se adhieren a o soy miembro de; He adjuntado una declaración jurada firmada y sellada indicando esto.

4. mi hijo se ha examinado en el último año por un profesional de la salud y es capaz de participar en el programa de cuidado diurno. Dentro de 12 meses de la admisión, obtendrá la declaración firmada de un profesional del cuidado médico y se someterá a la operación de cuidado de niños.

Nombre y dirección del profesional de salud:

_____ Firma - padre o Tutor Legal _____ Fecha

Firma – padre o Tutor Legal

Fecha

