



Let us help your child discover their world

Nombre del niño: fecha entró en cuidado: _____

(First, Middle, Last)

Fecha de Nacimiento: _____ Sobrenombres: _____ Edad: _____

Tiene su hijo alergias? (Si) (No) De que? _____

Padre(s) or Guardia(s) Contacto:

Nombre: _____ Relation: _____

Domicilio: _____ Numero de Telefono: _____

Trabajo: _____ Telefono de trabajo: _____

Correro electronico: _____ Numero celular: _____

Nombre: _____ Relation: _____

Domicilio: _____ Numero de Telefono: _____

Trabajo: _____ Telefono de trabajo: _____

Correro electronico: _____ Numero Celular: _____

Otro Ninos en la Casa:

Nombre del Nino: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre del Nino: _____ Edad: _____ Seox: _____

Nombre del Nino: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre del Nino: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Siempre tratamos de contactar a los padres primero. Sin embargo, estamos obligados a tener una emergencia los padres de contactos que no sea. Estas personas también están autorizadas para recoger a su hijo de la instalación. Por favor escriba todos los números de teléfono apropiado: (Estas personas tendrán que mostrar una identificación con foto antes de que se les permitirá recoger a su hijo.)

Nombre: _____ Telefono: _____ Relation: _____

Nombre: _____ Telefono: _____ Relation: _____

Nombre: _____ Telefono: _____ Relation: _____

Otras personas autorizadas para recoger a los niños en situaciones de no emergencia:

Nombre: _____ **Telefono:** _____ **Relation:** _____

Nombre: _____ **Telefono:** _____ **Relation:** _____

Nombre: _____ **Telefono:** _____ **Relation:** _____

¿Hay alguien que tiene una orden de restricción legal prohibir o limitar el contacto con su niño? En caso afirmativo, indique su / su nombre y adjuntar la documentación requerida.

Name: _____ **relationship to the child:** _____

¿Existen acuerdos de custodia que tenemos que tener en

cuenta? _____

_____.

Niños lactantes (6 semanas- 1 año) Diapers- Wipes- Botellas de tiempo el cambio apropiado de la ropa. Favor de traer suficiente para dejar en el centro, así que no se quede sin; hay necesidad de traer y dejar una bolsa de pañales.

PEQUEÑOS- (1 año-3 años) Pañales / Pull-UPS-Wipes- Kinder Mat * - Funda de almohada Cuerpo * - (3) ropa interior par (2 años en adelante) - Tiempo de cambio apropiado de la ropa

3 años en adelante Kinder Mat * - Funda de almohada Cuerpo * - Tiempo de cambio apropiado de la ropa

Recogida Formulario de Autorización

Las siguientes personas están autorizadas para recoger a su hijo de la centro-a nadie que no sea el que aparece las personas deben ser llamados. Todo el mundo se le pedirá para proporcionar una identificación con foto. Estas personas también pueden ser pedido que decirnos la palabra clave que usted proporciona a continuación:

1) Name: _____ Relation: _____

2) Name: _____ Relation: _____

3) Name: _____ Relation: _____

4) Name: _____ Relation: _____

Consentimiento para la Atención Médica:

Proveedores Médicos: _____ Phone: _____

Dentista del Niño: _____ Phone: _____

Mi hijo puede darse protector solar, repelente de insectos, crema de primeros auxilios anti-bacteriana, y el ungüento del pañal, según sea necesario. El jarabe de ipecacuana puede administrarse si se considera necesario por el operador de control de envenenamiento. (Nos pondremos en contacto con los padres antes de la administración de analgésicos de venta libre.)

En caso de una emergencia Doy permiso Kids Planet CDC a:

Transportation Si NO

Dar tratamiento Si NO

Acuerdo fotografía

Mi niño puede participar en las actividades de agua bajo la supervisión necesaria. Mi hijo puede ser fotografiado para la publicidad, página web, o las noticias en el sitio de los propósitos del sitio. Yo libero y estoy de acuerdo en indemnizar, defender y mantener indemne Kids Planet Centro de Desarrollo Infantil y sus funcionarios, agentes, empleados y empresas afiliadas de y contra cualquier y todo reclamo, responsabilidades, acciones, juicios, daños y perjuicios de cualquier tipo y naturaleza que surjan de o en relación con la prestación de cuidado de niños y servicios educativos para mi hijo, incluyendo todas las versiones como arriba mencionado.

Parent/Guardian Signature

Date

REGISTRO GENERAL Y ESTADO DE SALUD DEL NIÑO DE ADMISIÓN

A LAS INSTALACIONES DE CUIDADO INFANTIL

Este formulario debe ser completado por cada niño en el momento de la inscripción en el centro de cuidado infantil, actualizado según sea necesario cuando se produzcan cambios, y se mantiene en los archivos de la instalación.

Information General: (llenado de Padre or guardián)

Nombre del Niño: _____ inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Direction del Niño: _____

Street Address City, State, Zip _____

Nombre del Padre / Guardian completa:

Numero de telefono de casa: _____ Telefono de trabajo: _____

Numero celular: _____

Parent/Guardian's Full Name: _____

Home Phone _____ Work Phone: _____ Other Phone: _____

Debe tener dos personas que tienen la autoridad para obtener tratamiento médico de emergencia para el niño.

1. Persona responsable si el padre / tutor no está disponible para los servicios médicos de emergencia:

Nombre: _____ Relation: _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____ # Postal _____

Telephono (s): _____ Palabra Código de Familia: _____

2. Persona responsable si el padre / tutor no está disponible para los servicios médicos de emergencia:

Nombre: _____ Relation: _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____ # Postal _____

Telephono (s): _____ Palabra Código de Familia: _____

Está Niño actualmente matriculados en la escuela? (5K up to 6 years old) Si No

Mi hijo asistirá regularmente esta instalación De _____ am/pm A _____ am/pm

Si infantil es un drop-in, indicar hora de atención: De _____ am/pm A _____ am/pm

Compruebe todos los días del niño asistirá regularmente esta instalación:

Mon Tue Wed Thurs Fri

Compruebe todas las comidas niño recibirá diariamente: Breakfast Morning Snack Lunch

Afternoon Snack

INFORMACIÓN DE SALUD: (a completar por el padre o guardian)

Médico de Familia o de Recursos de Salud:

Nombre _____

Domicilio de calle _____

Ciudad _____ Estado _____ #postal _____ Telefono _____

Nombre de la Instalación de Emergencia _____

Nombre _____

Domicilio de calle _____

Ciudad _____ Estado _____ #postal _____ Telefono _____

Proveedor de Cuidado Dental:

Nombre_____

Domicilio de calle_____

Ciudad_____ Estado_____ #postal_____ Telefono_____

Seguro de Salud Inmunización: Si No N/A Por favor explica:

Mi hijo tiene las siguientes condiciones de salud, como alergias, asma, diabetes, epilepsia, etc., y / o toma el los siguientes medicamentos sobre una base regular:_____

Adicional

Comentas:_____

Certifico a lo mejor de mi conocimiento
Nombre del Niño _____ es de buena salud mental y física y en condiciones de
participar en el programa de cuidado infantil en Kids Planet Centro de Desarrollo Infantil.

Firma: _____
Firma del Padre / Tutor

Fecha: _____

Firma: _____
Director/Operator/Staff Designee

Fecha: _____

Querido padre / Guardian:

Esta carta está dirigido a los padres o tutores de niños matriculados en un centro de cuidado infantil.

Kids Planet CDC ofrece comidas nutritivas a todos los niños inscritos en la guardería.