

**Child Enrollment Information**  
**Información de inscripción del niño**

<b>Información del niño</b>			
<b>Nombre del niño:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Alergias, instrucciones especiales, elementos tranquilizadores:</b>			

<b>Información del padre/la madre/el tutor (1)</b>			
<b>Nombre:</b>		<b>Relación con el niño:</b>	
<b>Dirección:</b> (si no es la misma del niño)	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>N.º de casa:</b>	<b>N.º de celular:</b>	<b>N.º del trabajo:</b>	
<b>Correo electrónico (personal):</b>		<b>Correo electrónico (laboral):</b>	
<b>Lugar de trabajo:</b>		<b>Dirección:</b>	

<b>Información del padre/la madre/el tutor (2)</b>			
<b>Nombre:</b>		<b>Relación con el niño:</b>	
<b>Dirección:</b> (si no es la misma del niño)	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>N.º de casa:</b>	<b>N.º de celular:</b>	<b>N.º del trabajo:</b>	
<b>Correo electrónico (personal):</b>		<b>Correo electrónico (laboral):</b>	
<b>Lugar de trabajo:</b>		<b>Dirección:</b>	

<b>Contacto de emergencia (1)</b>			
<b>Nombre:</b>		<b>Relación con el niño:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	
<b>N.º de casa:</b>	<b>N.º de celular:</b>	<b>N.º del trabajo:</b>	
<b>Correo electrónico (personal):</b>		<b>Correo electrónico (laboral):</b>	

<b>Contacto de emergencia (2)</b>			
<b>Nombre:</b>		<b>Relación con el niño:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	
<b>N.º de casa:</b>	<b>N.º de celular:</b>	<b>N.º del trabajo:</b>	
<b>Correo electrónico (personal):</b>		<b>Correo electrónico (laboral):</b>	

<b>Contacto de emergencia (3): fuera del área/fuera del estado</b>			
<b>Nombre:</b>		<b>Relación con el niño:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	
<b>N.º de casa:</b>	<b>N.º de celular:</b>	<b>N.º del trabajo:</b>	
<b>Correo electrónico (personal):</b>		<b>Correo electrónico (laboral):</b>	

Información médica		
Nombre del médico del niño:	N.º de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:
Hospital de preferencia para contactar:	N.º de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:

Nombre del dentista del niño:	N.º de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial que deba conocer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Personas autorizadas a buscar a mi hijo si yo no puedo: (También mencione los contactos de emergencia a continuación si desea que puedan buscar a su hijo)		
Nombre:	N.º de teléfono:	Relación con el niño:
Nombre:	N.º de teléfono:	Relación con el niño:
Nombre:	N.º de teléfono:	Relación con el niño:
Nombre:	N.º de teléfono:	Relación con el niño:
Nombre:	N.º de teléfono:	Relación con el niño:
Nombre:	N.º de teléfono:	Relación con el niño:

Alguna persona NO autorizada a buscar a mi hijo (con copia de orden judicial, si corresponde):

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_