



2714 Startup Rd, Fort Worth, To 76119
(817) 457-0608

formulario de admisión

Instrucciones: El padre o tutor debe rellenar este formulario por completo y debe devolverlo a la instalación a más tardar la mañana del primer día de inscripción del niño. Mantendremos estos formularios archivados en la instalación y seremos actualizados por el padre, tal como lo necesite el Centro de Aprendizaje de Pequeños Ángeles de Lisa.

cumplir con las normas mínimas de cuidado de niños de Texas. Los formularios deben completarse sólo en tinta azul o negra.

INFORMACIÓN DE CHI:

Nombre completo del niño: _____

Date of Birth:

_____.

Dirección de la casa del niño:

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Sex: hombre/ Female

INFORMACIÓN PARTE / GUARDIAN:

Padre's/Guardian

Nombre: _____

_____ No

Nombre de la Madre /Guardian

Dirección:

Email:

PRIMARIO HOLDER:

Este padre o tutor será el principal titular de la cuenta para toda la información de pago. Las tarjetas de libro, los formularios fiscales y los recibos estarán a nombre del titular de la cuenta principal.

Nombre completo:

Firma:

Parent estado civil: juntos separados divorciados viudos otros _____

Los niños viven con: (círculo o chequeo) Los padres _ Mom ___ Dad ___ Guardian ___

Documentos de custodia sobre el archivo: Sí ___ No ___ Por favor, circula o compruebe el aplicable.

PARENT de GUARDIAN PRIMARIO EMERGENCIA CONTACTO INFORMACION:

Este es el padre o tutor con quien podemos contactar rápidamente en caso de emergencia.

Nombre:

INFORMACION DE EMERGENCIA: Debe ser otro adulto además de los padres o tutores

Nombre completo: _____ Relación: _____

Dirección:

Celda: _____ Trabajo ?? :

Uno puede ser el mismo que el contacto de emergencia

La persona elegida autorizada debe ser otros adultos además de los padres.

(1) Nombre completo:

2) Nombre pleno:

3) Nombre completo:

?? Autorizo el Centro de Aprendizaje de Pequeños ?? ngeles de Lisa para liberar a mi hijo para salir de la instalación de NY con las personas autorizadas listadas por encima. Los niños sólo serán liberados a un padre o tutor o a una persona designada por el padre o guardián tras la verificación de la identificación.

AUTORIZACI ?? N O EMERGENCIA MEDIA ATENCI ?? N:

En caso de que no pueda llegar a un acuerdo de atención médica de emergencia, autorizo a la persona encargada de llevar a mi hijo a:

Médico del niño: _____ Teléfono: _____

Dirección:

Facilidad de Atención Médica de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ City: _____

Estado: _____ Zip: _____

Doy consentimiento al Centro de Aprendizaje de Pequeños Niños de Lisa para asegurar cualquier atención médica de emergencia necesaria para mi hijo.

Firma de la fecha de la fecha de entrada o de la Guardia Jurídica

MEDIA INFORMACIÓN:

Indicar cualquier problema especial que su hijo pueda tener, como alergias ambientales, intolerancia alimentaria, enfermedad existente, enfermedad grave anterior, lesiones y hospitalización durante los últimos 12 meses y desde el nacimiento del niño.

¿Su hijo tiene un médico diagnosticado alergia alimentaria? No__ Sí__ (verificar o círculo)

Debe presentarse un formulario separado para cada médico que haya diagnosticado alergia alimentaria.

Plan presentado sobre: _____ Director Inicial:

Las operaciones de cuidado infantil son alojamientos públicos bajo la Ley Americana de Discapacidad (ADA), Título II. Si cree que tal operación puede estar practicando discriminación en violación del Título II, puede llamar a la línea de información al (800) 541-0301 (voz) o (800) 514-0383 (T).

Firma de la fecha de la fecha de entrada o de la Guardia Jurídica

INFORMACIÓN DEL CONSENTO: Por favor, consientan todo lo que se aplica

1) TRANSPORTACIÓN: He oído por () IV () De NO IV mi consentimiento para que mi hijo sea transportado y supervisado por

Empleados del Centro de Aprendizaje de Pequeños Niños de Lisa
() para atención de emergencia () en viajes de campo

2) TRIP (ages 5 hasta 12): Oigo por () IV () De NO IV mi consentimiento para que mi hijo participe en viajes de campo.

3) ACTIVIDAD DE RAR: He oído por () IV () De NO IV mi consentimiento para que mi hijo participe en las actividades del agua.

() Juego de rociadores durante el verano () juego de mesa de agua

MEALS:

El Centro de Aprendizaje de Pequeños Niños de Lisa está actualmente inscrito en el Programa Federal de Alimentación a través del Departamento de Agricultura de Texas y servirá las siguientes comidas a su hijo: Desayuno, Lunch y Afternoon Snack.

SCHEDULE:

Los estudiantes de tiempo parcial tendrán que inscribirse durante los mismos días cada semana y sólo podrán cambiar o sustituir al director aprobación. No todas las solicitudes serán aprobadas

MONDAYS ROM: Para:

TUESDAYS ROM: A:

MUJERES: A:

ESTURSO ROM: A:

FRIDAYS ROM: A:

SCHOOL CHILDREN:

Mi hijo asiste a la siguiente escuela.

Nombre de la escuela:

Recogida/drop autorizada de lugares distintos de la dirección del niño:

Dirección:

Mi hijo tiene permiso para:

Montar un autobús

REQUIRAMENTOS ADMISI ?? N:

Si su hijo no asiste a preescolar o a la escuela lejos del Centro de Aprendizaje de Pequeños ?? ngeles de Lisa, se debe proporcionar lo siguiente:

Registro de disparo: Debemos recibir un registro de tiro actualizado para ser colocado en el archivo de su hijo cada vez que su hijo tenga una vacunación. Si su hijo no está actualizado con los estándares de licencia, no podremos cuidar a su hijo hasta que estén actualizados.

Physician Statement: Hemos proporcionado un formulario médico al médico de su hijo para rellenar y firmar para ser colocado en el archivo de su hijo. El formulario debe rellenarse completamente y el sello de la oficina del médico incluido en el lugar designado. Este formulario debe presentarse dentro de una semana a partir del primer día de su hijo de matriculación.

Pantalla de visión y audición: Los resultados de la prueba de visión y audición de su hijo deben presentarse en su archivo una vez que su hijo cumpla cuatro años.

Firma de la fecha de la fecha de entrada o de la Guardia Jurídica

REQUIREMENTES O EXCLUSI ?? N:

He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada que indica que declaro inmunización por razón de conciencia, incluyendo creencias religiosas, en el formulario descrito por la Sección 161.0041 Código de Salud y Seguridad presentado a más tardar el día 90.

He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada que indica que la visión o el cribado de conflictos con los tenés o prácticas de una Iglesia o denominación religiosa de la que soy adherente o miembro.

Varicella (chickenpox) vacuna no se requiere si su hijo ha tenido la enfermedad de la varicela. Si su hijo ha tenido varicela, por favor completar la siguiente declaración:

Mi hijo tenía enfermedad de varicela (chickenpox) en o acerca de la fecha de _____ y no necesita varicella vaccine.

Firma del guardián parente o jurídico

Fecha

Gang Free Zone:

Bajo el Código Penal de Texas, cualquier área a menos de 1.000 pies de un centro de cuidado de niños es una zona libre de pandillas, donde delitos relacionados con actividad criminal organizada están sujetos a penas más duras.

Nombre de Parent o Formulario de Complejo Guardián:

Fecha de nombre impresa

Firma

Sólo para uso de la oficina

Fecha de la Inscripción: _____ Director:

_____ Director:

Fecha de Desenrollamiento: _____ Director:

_____ Director: