

# DESARROLLO DE ÁGUILAS - SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



División de Salud Pública - Programa de Licencias de Servicios para Niños - Unidad de Licencias

## Registro de los niños

### PADRES: POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS

Nombre(s) de niño(os): \_\_\_\_\_ Fechas de nacimiento): \_\_\_\_\_ **Grado en 24/25:** \_\_\_\_\_  
Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Padre o Dirección de la casa del guarda y Empleo Dirección

**Adulto #1**     Custodia legal     Ok para recoger

PADRE (o tutor):

Nombre: _____	Empleador: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____	Ciudad: _____ Teléfono: _____

**Adulto #2**     Custodia legal     Ok para recoger

Madre (o tutor):

Nombre: _____	Empleador: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____	Ciudad: _____ Teléfono: _____

#### Persona (s) a los que el niño (s) puede ser liberado por el cuidador: (Si no hay nadie, por favor escriba "ninguna")

Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____	Ciudad: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____	Ciudad: _____ Teléfono: _____

#### Persona (s) que asumirá la responsabilidad para el Niño (s) en una emergencia cuando el padre (o tutor) no se puede Alcanzado: (un nombre debe ser dada)

Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____	Ciudad: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____	Ciudad: _____ Teléfono: _____

**El consentimiento para el médico Contacto en emergencia:**

En el caso de que yo no pueda ser localizado para hacer los arreglos, por la presente autorizo a \_\_\_\_\_

ponerse en contacto con el doctor \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico

\_\_\_\_\_, y, si es necesario, llevar a mi hijo (s) a la  
Dirección: Ciudad:

siguiendo médico (s), clínicas u hospitales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor Fecha

**MEDICAMENTOS COMPETENCIA DECLARACIÓN**

yo, \_\_\_\_\_ han determinado  
Nombre del Padre / Guardián

ese \_\_\_\_\_ es / son competentes para dar o aplicar medicamentos a mi hijo (s)  
Proveedoror / director Nombre / Personal (s)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor Fecha

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO**

Estado de salud actual o cualquier problemas de salud cuidador debe saber: \_\_\_\_\_

Medicamentos, en su caso: \_\_\_\_\_

Detalle las alergias y / o intolerancia a los alimentos, picaduras de insectos, picaduras o, u otros factores que dan lugar a una reacción médica. Por favor dar instrucciones claras en el caso de la exposición del factor: \_\_\_\_\_

Consideraciones especiales: (vasos, la prótesis de oído, muletas) \_\_\_\_\_

Cualquier niño actividades (s) no deben participar en: \_\_\_\_\_

Empresa que ofrece un seguro de accidentes de salud y / o la cobertura: (Opcional) \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor Fecha

Developing Eagles is supported in part by 21st Century Community Learning Center federal funds under Title IV, Part B of the Elementary and Secondary Education Act as amended.

Developing Eagles es apoyado en parte por los fondos federales del Centro de Aprendizaje Comunitario del Siglo 21 bajo el Título IV, Parte B de la Escuela Primaria y la Ley de Educación Secundaria enmendada.