

# 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 20/21:** \_\_\_\_\_  
Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

**Adulto #1**     Legal Custody     OK to Pickup

PADRE (o tutor):

Nombre: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Adulto #2**     Legal Custody     OK to Pickup

Madre (o tutor):

Nombre: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_  
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)  
Proveedor / 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