

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: _____

Empleador: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Teléfono: _____

Adulto #2 Legal Custody OK to Pickup

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)
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 _____