



KIDS ADVENTURE PRESCHOOL

2018-2019 Formato de inscripción

810 2nd Avenue SW – Door #2, Perham, MN 56573

(218) 346-1618

APELLIDO: _____

Sólo para uso administrativo:

Fecha de recepción: _____ Recibido por: _____

Formulario de almuerzo reducido completo: _____

Calificar: F R

2 días 4 días

Fuente de financiamiento 01 02 04 05 11 12

Inmunizaciones: UTD Exención Pendientes

Nombre legal completo del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo de su hijo: F M

Nombre de la madre: _____ Dirección de la madre: _____

Nombre del padre: _____ Dirección del padre (si es diferente): _____

Empleo de la madre: _____ empleo del padre: _____

El niño reside con: Madre Padre Ambos Otro: _____

Dirección (si es otra): _____

Números de teléfono:

Hogar de la madre: _____ trabajo: _____ celular: _____

Hogar del padre: _____ trabajo: _____ celular: _____

Fecha de la evaluación preescolar: _____ Edad del niño a partir del 1 de septiembre: _____ Número en el hogar _____

Distrito escolar residente del niño: Perham ISD 549 Otro (indique) _____

Marque uno: Programa de 3 años Programa de 4 años Programa de 4/5 años

En qué sesión le gustaría inscribir a su hijo(a): (por favor, anote en primera y segunda opción)

Las clases se ofrecerán mientras podamos llenar los espacios.

programa de 3 años (lunes y miércoles am)

programa de 4/5 años (2 días completos lunes y miércoles)

Programa de 3 años (lunes y miércoles pm)

Programa de 4/5 años (2 días completos, martes y jueves)

Programa de 3 años (martes y jueves am)

Programa de 4/5 años (de lunes a jueves, todo el día)

programa de 3 años (martes y jueves pm)

programa de 3 años (de lunes a jueves am)

Programa de 3 años (de lunes a jueves, pm)

Consentimiento para fotografías / video: Doy permiso al personal de Kid's Adventure e ISD # 549 para grabar imágenes de mi hijo (encierre) SÍ NO

Idioma primario que se habla en su hogar _____ La raza / etnia del niño _____

Solicitud para enviar boletines o informes de progreso a los padres que viven fuera del hogar:

Nombre dirección: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

(Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y precisa. Entiendo que esta información se proporciona para el recibo de fondos estatales y los funcionarios de la escuela pueden verificar la información de esta solicitud.)

Historial médico (por favor, complete cada espacio en blanco o escriba N / A cuando corresponda)

Alergias: Medicamentos: _____ Alimentos _____

Diagnóstico médico / mental _____

Condición del corazón _____ Asma _____ Efectos _____ Diabetes _____

Enfermedad reciente o cirugía _____

Discapacidades físicas _____

Enfermedades de la infancia _____

Medicamentos que su hijo está tomando _____

Nombre de la compañía de seguros médicos su hijo(a) _____

#MA _____ # MNCare _____ # Seguro _____

Médico del niño _____ Número de teléfono _____

Dirección completa _____

Hospital sugerido _____ Teléfono # _____

Dirección completa _____

Dentista del niño _____ Teléfono # _____

Dirección completa _____

¿Está su hijo en un IEP (Plan Educativo Individual)? _____

Información del censo: indique el nombre y la fecha de nacimiento de cualquier otro niño que viva en su hogar

| Nombre | Fecha de nacimiento | Sexo | Grado(si asiste a la escuela) | Relación con el estudiante |
|--------|---------------------|------|--------------------------------|----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

El contacto con los padres / tutores es crítico en una emergencia. Hacemos todo lo posible por comunicarnos con usted o con uno de los contactos de emergencia que se enumeran a continuación. Su hijo(a) solo se entregará a los padres / tutores que figuran en la lista anterior o a las personas que figuran a continuación.

NOMBRE DIRECCION # DE TELEFONO #CELULAR RELACION

1. _____
2. _____
3. _____

Si tu hijo(a) asiste a guardería y esta no es uno de los contactos, por favor proporciona la siguiente información:

Datos de la Guardería: _____ # de teléfono: _____

YO, EL PADRE O TUTOR QUE AL CALCE FIRMA, DOY MI CONSENTIMIENTO, EN CASO DE UNA EMERGENCIA DONDE NO LOCALICEN O PUEDAN CONTACTAR A MI MÉDICO FAMILIAR NI A UN SERVIDOR, PARA QUE EL NIÑO ANTERIOR CITADO SEA LLEVADO POR **EL PERSONAL DE KIDS ADVENTURE** A LA INSTALACION MEDICA MÁS CERCANA PARA CUALQUIER ASUNTO NECESARIO.

ACEPTO RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER COSTO QUE SURJA DE TAL TRATAMIENTO QUE NO ESTE CUBIERTO POR EL SEGURO Y / O ASISTENCIA MÉDICA. YO APRUEBO TENER UNA TARJETA DE CONTACTO DISPONIBLE EN EL AULA, EN EL AUTOBÚS ESCOLAR Y EN LA OFICINA DE LA ESCUELA.

FIRMA DE PADRE/TUTOR FECHA

FIRMA DEL PERSONAL FECHA