



# KIDS ADVENTURE PRESCHOOL

## 2019-2020 Formato de inscripción

810 2<sup>nd</sup> Avenue Southwest, Perham, MN 56573  
(218) 346-1618

LAST NAME: \_\_\_\_\_

**Sólo para uso administrativo:**

Date received: \_\_\_\_\_ by: \_\_\_\_\_

Reduced lunch form complete: \_\_\_\_\_

Qualify: F R

2-Day 4-Day

Funding Source: 01 02 04 05 11 12

Immunizations: UTD Exemption Need

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: \_\_\_\_\_

Parent Contact Email Address: \_\_\_\_\_

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