

ESCUELA ALPHA MONTESSORI  
1625 CARRETERA DEL SUR DE MANNHEIM  
60154, WESTCHESTER, ILLINOIS  
(708) 865-0099

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_

Fecha de altad: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Cumpleaños del niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

(Si es diferente)

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Horas de trabajo: \_\_\_\_\_

**OTRAS PERSONAS A NOTIFICAR SI LA PERSONA QUE COLOCA AL NIÑO NO PUEDE SER CONTACTADA:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

**MÉDICO PARA LLAMAR SI EL NIÑO SE ENFERMA O SE LESIONA:**

**NOMBRE DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**HOSPITAL O CLÍNICA A LA QUE ASISTE EL NIÑO:** \_\_\_\_\_

**PHONE DEL HOSPITAL:** \_\_\_\_\_

**¿Su hijo ha tenido o ha sido diagnosticado con lo siguiente?**

**(Por favor, haga un círculo)**

**Diabetes Varicela Sarampión**

**Convulsiones**

**Piojos Paperas**

**Desmayos episodios Enfermedad cardíaca Poliomiелitis**

**Tos frecuente Hepatitis Tiña**

**Infecciones frecuentes del oído Sarampión alemán Escarlatina**

**Problemas frecuentes de dolor de garganta en la piel (¿alergia al sol?)**

**Problema urinario Tuberculosis**

**Tos ferina**

**OTROS PROBLEMA \_\_\_\_\_ MÉDICOS**

**HANDICAPS \_\_\_\_\_ FÍSICA**

**Firma de los padres:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL NIÑO**

1. ¿Su hijo tiene algún problema del habla, audición o visual?

---

---

2. ¿El niño toma regularmente algún medicamento? \_\_\_\_\_

Si es así, qué tipo y dirección \_\_\_\_\_

¿Hay alguna restricción para jugar o actividades? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha estado en un entorno de cuidado infantil antes? \_\_\_\_\_

3. ¿De qué tipo? (Centro, Guardería Familiar, cuidado de abuela, etc.) \_\_\_\_\_

4. ¿Fue una experiencia positiva o negativa?

---

---

5. ¿Cómo se siente su hijo acerca de la guardería y de ser dejado por sus padres?

---

---

6. ¿Hay alguna situación o temor emocionalmente estresante reciente al que el niño haya estado expuesto, como una muerte en la familia, divorcio, nuevo hermano, etc.?

---

---

7. ¿Hay alguna restricción alimentaria o alergia?

---

---

8. ¿Cuál es la comida o comidas favoritas de su hijo?

---

---

9. ¿Qué alimentos o alimentos no le gustan a su hijo? \_\_\_\_\_

10. ¿El niño toma una siesta? \_\_\_\_\_

Tiempo: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

11. ¿Se puede confiar en su hijo para indicar la hora del baño? \_\_\_\_\_

12. ¿Qué idioma(s) se hablan en casa? \_\_\_\_\_

13. ¿Cuáles son las actividades, juguetes, libros o juegos favoritos de los niños?

---

---

14. ¿Hay algún otro comentario o información que le gustaría hacernos saber?

---

---

Firma de los padres: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

Esto autoriza a Alpha Montessori School a asegurar atención médica de EMERGENCIA para mi / nuestro hijo cuando no podemos ser contactados inmediatamente en el momento de la emergencia. Yo/Nosotros seremos responsables de los cargos médicos de emergencia al recibir el estado de cuenta. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**ADMINISTRAR EL CONSENTIMIENTO DE MEDICAMENTOS RECETADOS**

Yo/nosotros autorizamos a Alpha Montessori School a administrar medicamentos recetados a mi/nuestro hijo como se especifica en las instrucciones de administración de la pr ecription.

Fecha: \_\_ \_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE**

Yo/Nosotros autorizamos a Alpha Montessori School a administrar medicamentos de venta libre a mi/nuestro hijo como se especifica en las instrucciones escritas.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA RECOGER AL NIÑO**

**AL NIÑO NO SE LE PERMITE SALIR DE LA ESCUELA CON NADIE MÁS SIN EL PERMISO POR ESCRITO DE LOS PADRES.**

**Tutores primarios que recogerán al niño:**

**NOMBRES RELACIÓN TELÉFONO**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**LISTA DE CONTINGENCIAS**

**Nombre de personas que no sean los tutores autorizados para elegir a su hijo.**

**NOMBRES RELACIÓN DIRECCIÓN CONDICIÓN DEL TELÉFONO**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

○ Planes de servicio: Círculo uno

- PLANIFIQUE MEDIO DÍA DE 8:00 A.M. A 12:00 P.M.
- PLAN B DÍA COMPLETO 8:00 A.M. A 3:00 P.M.
- PLAN C DÍA EXTENDIDO 8:00 A.M. A 5:00 P.M.

Otros horarios: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**VIAJES, EXCURSIONES E INSTALACIONES DE PARQUES PÚBLICOS**

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_

**Yo / Nosotros autorizamos a Alpha Montessori School a llevar a mi / nuestro hijo en viajes a pie, excursiones especiales y a las instalaciones del parque público cercano. Yo/Nosotros también autorizamos al niño a viajar como pasajero en el vehículo propiedad / o arrendado por la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente. Entendemos que todos estos viajes están bajo la supervisión de la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente y que se toman precauciones de salud y seguridad de conformidad con las normas DCFS para la licencia.**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Relación con el niño:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Relación con el niño:** \_\_\_\_\_