

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 Poliomielitis

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: _____