

Fecha en que se completó la solicitud _____

Fecha de inscripción _____

SOLICITUD DE NIÑOS PARA LA INSCRIPCIÓN

I-CARE, Inc. - Head Start

Debe completarse, firmarse y archivar en la instalación el primer día y actualizarse a medida que ocurran los cambios y al menos una vez al año.

INFORMACIÓN DEL NIÑO:

Fecha de nacimiento: _____ Preferencia de Centro _____

Nombre completo: _____
Primer Segundo Nombre Apellido apodo

Dirección física del niño: _____

Etnicidad: Negro Blanco Asiático Hispano Otro

Seguro: Medicaid _____ Privado: _____ Sin seguro _____

INFORMACIÓN FAMILIAR:

El niño vive con: _____

Nombre del padre / tutor: _____ Étnico: _____

Dirección (si es diferente a la del niño): _____ Código postal: _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____ Teléfono del hogar _____

Educación: GED Predatorio Un poco colegió Colegió/ Universidad

Empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Inscrito en Escuela

Nombre de la madre / tutor: _____ Étnico: _____

Dirección (si es diferente a la del niño): _____ Código postal: _____

Teléfono de trabajo _____ Teléfono celular _____ Teléfono de la casa _____

Educación: GED Preparatorio Un poco de colegió Colegió/ Universidad

Empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado

Otros en el hogar	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)

Correo electronico Familiar: _____

¿Tiene el niño una discapacidad diagnosticada? Si No IEP

¿Está el niño en cuidado de otro fuera del hogar? Si No En Donde _____ Vale de guardería: Si No

CONTACTOS:

El niño será entregado solo a los padres / tutores mencionados anteriormente. El niño también puede ser entregado a las siguientes personas, según lo autorice la persona que firma esta solicitud. En caso de una emergencia, si no se puede contactar a los padres / tutores, la instalación tiene permiso para comunicarse con las siguientes personas.

Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono

NECESIDADES DE CUIDADO DE SALUD:

Para cualquier niño con necesidades de atención médica, como alergias, asma u otras condiciones crónicas que requieran servicios de salud especializados, se adjuntará un plan de acción médica a la solicitud. El plan de acción médica debe ser completado por el padre o al doctor del niño. ¿Hay un plan de acción médica adjunto? Sí No (uso exclusivo de la oficina)

Enumere las alergias y los síntomas y el tipo de respuesta requerida para las reacciones alérgicas.

Enumere cualquier necesidad o preocupación de atención médica, síntomas y tipo de respuesta para estas necesidades o inquietudes de atención médica.

Enumere cualquier temor particular o características de comportamiento únicas que el niño tenga

Enumere cualquier tipo de medicamento tomado para las necesidades de atención médica.

Comparta cualquier otra información que tenga relación directa asegurando un tratamiento médico para su hijo.

Necesidades nutricionales:

¿Tiene el niño necesidades dietéticas especiales? Si No Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

El niño necesita leche especial: Si No En caso afirmativo, indique _____

INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

Nombre del doctor del niño _____ Teléfono de la oficina: _____

Nombre del dentista del niño _____ Teléfono de la oficina: _____
Hospital que prefiere _____ Teléfono del hospital: _____

Yo, como padre / madre / tutor, autorizo al centro a obtener atención médica para mi hijo en una emergencia.

Firma del padre / madre / tutor: _____ **Fecha:** _____

Yo, como operador, estoy de acuerdo en proporcionar transporte a un recurso médico apropiado en caso de emergencia. En una situación de emergencia, otros adultos en la instalación serán supervisados por un adulto responsable. No administraré ningún medicamento o medicamento sin instrucciones específicas del médico o del padre, tutor o custodio de tiempo completo del niño.

Firma del administrador: _____

Fecha: _____
