

FORMA DE REGISTRO PARA GUARDERIA

Nombre: Episcopal Day School 34 N Coria St, Brownsville, TX 956-542-5107		Directora de Guardería: Sandra M. Garza	Fecha:
Estudiantes:			
Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____	
Grado: _____	Grado: _____	Grado: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Fecha de Nacimiento: _____	
Domicilio de Estudiante(s):		Teléfono:	
Nombre de los Padres: (Madre) _____ (Padre) _____		Domicilio (si es diferente al de los hijos)	
Números Telefónicos en los cuáles se pueden localizar a los padres	<u>Madre:</u>		<u>Padre:</u>
	Oficina: _____	Celular: _____	Oficina: _____ Celular: _____
Si hay una emergencia y los padres no pueden ser localizados, el personal de guardería esta autorizado para llamar a:			
Nombre: _____		Domicilio _____	Teléfono _____
Celular: _____		Parentesco _____	
Doy permiso a las siguientes personas a recoger a mis hijos de guardería:			
Nombre _____		Nombre _____	Nombre _____
Teléfono _____		Teléfono _____	Teléfono _____

**IMPORTANTE:** Describa cualquier problema or problemas que tenga su hijo, por ejemplo, alérgias, enfermedades, enfermedades anteriores o accidents durante los últimos 12 meses. También escriba los nombres de las medicinas de uso prolongado que serán administradas a su hijo y cualquier otra información importante de la cual debemos estar enterados. Si su hijo no tiene algún problema, favor de escribir "Ninguno" en la linea.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Primer día en que fue inscrito el estudiante en EDS: \_\_\_\_\_ Día dado de baja (si aplica): \_\_\_\_\_

Días y horas en los que el estudiante estará en la guardería: \_\_\_\_\_

Recibí la información y acépto lo establecido en el libreto del Programa de Guardería.

Mi hijo estudia en Episcopal Day School y su cartilla de vacunación y la vacuna de la tuberculosis están al corriente. Una copia de la cartilla de vacunación está archivada en la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma de el Padre o de la Madre