



Forma de Inscripción de TOP Early Learning Center

Información del Niño(a)

Apellido del Niño(a): _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Número de Seguro Social del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Género: Femenina o Masculino Etnia del Niño(a): Hispano/Latino/Origen Español o No Hispano/No Latino/No Origen Español

Raza: Blanca Asiática Afro Americano o Negra Indio Americana o Nativa de Alaska Nativa de Hawaii u otra Isla de Pacifico Otra: _____

¿El idioma principal del niño(a) es Inglés? Sí o No Si no, ¿cual es el idioma principal? _____

¿Cómo se entero de TOP? _____ Escuela de Kinder: _____

Información de los Padres

El niño(a) vive con: Madre Padre Ambos Otra Persona: _____ Circular el que le aplique a usted: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Madre/Guardian Legal

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____
Teléfono de la Casa: _____
Teléfono del Celular: _____
Correo Electrónico: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____
Etnia: Hispano/Latino/Origen Español o No Hispano/No Latino/No Origen Español
Idioma Principal: _____
Su Educación más Alta: _____
Número de Seguro Social: _____

Padre/Guardian Legal

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____
Teléfono de la Casa: _____
Teléfono del Celular: _____
Correo Electrónico: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____
Etnia: Hispano/Latino/Origen Español o No Hispano/No Latino/No Origen Español
Idioma Principal: _____
Su Educación más Alta: _____
Número de Seguro Social: _____

Información de Empleo

Compañía: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____
Teléfono del Trabajo: _____ Horario: _____
Empleado: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado

Información de Empleo

Compañía: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____
Teléfono del Trabajo: _____ Horario: _____
Empleado: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado

Información del Hogar

de personas en el hogar (incluya a todos): _____ # de niños menores de 18 años en el hogar: _____ Ingresos Anuales: _____

Información de Contactos de Emergencia

(aparte de los padres/guardianes mencionados arriba)

Personas autorizadas para recoger al niño(a) en caso de una emergencia o enfermedad si los padres o guardianes no están disponible o no puede ser localizados por medio de los números que nos proporcionados en este forma. La persona dejando or recogiendo al niño(a) debe de tener al menos 16 años o más.

* Nota: Se le pedirá a cada persona en la lista una identificación con foto y cualquier persona que no este en la lista no será permitido de recoger al niño(a).

**Nota: Por favor ponga los contactos en el orden en que le gustaria que fueran contactados.

① Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____
Número de Teléfono: _____
Relación al Niño(a): _____

② Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____
Número de Teléfono: _____
Relación al Niño(a): _____

③ Nombre: _____ # de Teléfono _____ Relación al Niño(a): _____

④ Nombre: _____ # de Teléfono _____ Relación al Niño(a): _____

⑤ Nombre: _____ # de Teléfono _____ Relación al Niño(a): _____

⑥ Nombre: _____ # de Teléfono _____ Relación al Niño(a): _____

Relación al Niño(a): _____

Relación al Niño(a): _____

Relación al Niño(a): _____

Relación al Niño(a): _____

Permiso

Por favor, responda a las preguntas a continuación circulando "Sí" o "No".

- | | | | |
|----|--|----|----|
| 1) | Yo doy permiso para que mi niño(a) reciba un examen de la vista, oídos y una evaluación psicológica y de desarrollo, que serán proporcionados por profesionales calificados y/o socios. | Sí | No |
| 2) | Yo doy permiso para que mi niño(a) sea fotografiado o grabado para el uso de los medios de comunicación. | Sí | No |
| 3) | Yo entiendo que mi niño(a) estará participando en el programa de comida - Child and Adult Care Food Program (CACFP). | Sí | No |
| 4) | Yo entiendo que información sobre mi niño(a) puede ser compartida vía fax, correo electrónico, US Servicio Postal, verbalmente con otros centros de TOP, Child Start, Rainbows, el Unificado Distrito Escolar, u otros socios prudentes. | Sí | No |

Autorización para el cuidado médico en caso de una emergencia para TOP Early Learning Center

Información Médica

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____

Hospital de Preferencia: _____

Información del Seguro Medico

Seguro Medico: _____ ID # _____

¿Usted el padre de familia/guardian califica para Medicaid? Sí o No Si no, ¿que seguro medico tiene? _____

¿Su hijo(a) es alérgico a algún medicamento? Sí o No Si es así, ¿a cual? _____

¿Su hijo(a) es alérgico a alguna comida? Sí o No Si es así, ¿a cual? _____

¿Debería ser retirado algún alimento o bebida de la dieta de su niño(a) debido a la religión? Sí o No Si es así, ¿cual? _____

La fecha de la MAS RECIENTE vacuna del Tétano Toxoide o DPT. _____

Esta forma será adjuntada a los archivos de salud de su hijo(a). Ambas formas serán llevadas a la sala de emergencia.

Para poder cumplir con todos los requisitos legales, autorizo al personal de TOP Early Learning Center como representantes del centro para dar su consentimiento para cualquier emergencia medica que sea necesaria para mi niño(a), cuyo nombre es _____, mientras que dicho niño(a) este en la custodia de dicho individuo comenzando el primer día de inscripción y terminando cuando el niño(a) ya no este inscrito.

Firma del Padre de Familia: _____ Fecha: _____

Firma del Representante de TOP: _____ Fecha: _____

For Office Only:

Times of Care: _____ to _____ Days of Care: M T W Th F (all week) Meals Served: B L S (all meals)