

Uso oficial:

3Yr 4Yr
AM PM

EMANUEL LUTHERAN PRESCHOOL FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Encierre uno:
Clase de 3 años
Clase de 4 años

Registration Pd. _____ Date _____
Check # _____ Immunization Record Received _____

INFORMACION FAMILIAR (Toda la información es confidencial)

Nombre del niño _____ M ___ F ___ Fecha de _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) nacimiento (Mes) (Día) (Año)

Apodo _____

Dirección _____

Nombre del padre _____

Dirección del padre _____

Teléfono celular del padre _____

Nombre de la madre (incluir nombre de soltera) _____

Dirección de la madre _____

Teléfono celular de la madre _____

Teléfono de casa _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

E-mail _____

Empleador _____

Teléfono del trabajo _____

E-mail _____

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN:

Yo/Nosotros preferimos el horario de AM o PM (Encierra en un círculo)

Si es necesario, ¿Este horario podría ser cambiado? _____ Sí no, por favor escriba la razón _____

Mi hijo es : Diestro _____ Zurdo _____

ENTORNO DEL HOGAR:

El niño vive en: Casa con 2 padres _____ Casa con un padre _____

(Si vive con un padre) El niño vive con: Padre _____ Madre _____

Otro _____ Relación con el niño _____

Hermanos y hermanas (por favor enliste los nombre y fechas de nacimiento) _____

INFORMACIÓN DE LA IGLESIA:

Nosotros asistimos Si ó No Nombre y ciudad de la iglesia: _____

¿El niño esta bautizado? Si ó No Nombre y ciudad de la iglesia: _____ Fecha _____

NOMBRE DE LA GUARDERÍA (ó persona que lo cuida) _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

Médico familiar _____

Nombre Dirección Teléfono

EN CASO DE EMERGENCIA, ¿A quién deberíamos notificar, además de los padres? (Por favor escriba el nombre y número de teléfono)

1. _____ 2. _____

Enliste cualquier condición médica que debemos conocer: (alergias, retrasos de desarrollo, etc.) _____

Alguna otra información que podría ayudarnos a trabajar con el niño (el habla es difícil de entender, timidez, etc.) _____

Por favor regrese este formato a: Emanuel Lutheran Church, 701 South First Street, Milbank, SD 57252 junto con sus \$40 NO REEMBOLSABLES por cuota de pre registro y una copia del registro de vacunación del niño. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 605-432-9555.