

LCSD-LBL ECSE Formulario Común de Matricula Preescolar 2018-2019
(Distrito Escolar del Condado Lincoln -Linn, Benton, Educación Especial de Infancia Temprana de Lincoln)

Programa al que planea asistir (circule uno): Toledo Waldport

Sesión a la que planea asistir (circule ambos si usted quiere que su hijo/a asista los cuatro días): Sesión A (lunes y martes) Sesión B (miércoles y jueves)

El registro de matrículas tiene que ser completado cada año por los padres o guardianes.

Niño/a _____ **Fecha de Nacimiento** _____

1. Nombre del Padre /Guardián:

Dirección/Ciudad: _____

Teléfono de casa/celular _____ # de tel. de trabajo _____

Proveedor de Servicio Telefónico: _____ Contacto de preferencia: **CORREO /CORREO ELECTRÓNICO** (circule uno)

Dirección de correo electrónico _____

2. Nombre del Padre/ Guardián:

Dirección/Ciudad: _____

Teléfono de casa/ celular _____ # de tel. del trabajo _____

Proveedor de Servicio Telefónico: _____ Contacto de Preferencia: **CORREO / CORREO ELECTRÓNICO** (circule uno)

Dirección de Correo electrónico _____

3. Contactos de Emergencias, si los padres o guardianes no están disponibles:
(MANDATORIO)

Nombre: _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____

Relación con el Padre e hijo/a:

Nombre: _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____

Relación con el Padre e hijo _____

4. Por favor escriba el nombre completo de los adultos que pueden recoger a su hijo/a. Si no aparece en la lista NO se lo entregaremos.

Nombre: _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____

Nombre: _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____

Nombre: _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Trabajo _____

5. ¿Hay algunas ordenes judiciales que debemos saber? Circule: Sí o No

Si pone que si, por favor especifique y provea una copia:

6. Por favor conteste lo siguiente:

- ¿Es su hijo/a alérgico a alguna comida? Sí No

Si pone que si, por favor

explique _____

- Es su hijo/a alérgico a algún medicamento? Sí No

Si pone que si, por favor

explique _____

- ¿Está su hijo/a tomando medicamentos actualmente? Sí No

Si pone que si, por favor explique.

- ¿Tiene que ser administrado en la escuela? Sí No

- ¿Tiene su hijo/a alguna condición médica que requiera consideraciones especiales (ejemplo: Convulsiones)?

Sí No

Si pone que si, por favor

explique _____

7. Información General del niño/a-Por favor incluya toda la información que nos ayudará a proveer cuidado de calidad para su hijo/a.

- Lo que le gusta y lo que no le gusta _____

- Hábitos de alimentación y horarios

- Hábitos de sueño y horarios

- Lo que le interesa
jugar_____

- Temores_____

- Palabras especiales y sus significados:

9. Otros niños en el hogar:

Nombre (apellido)	Apodo	Edad	Genero
-------------------	-------	------	--------

10. Liberación de Emergencia Medica:

En caso de una emergencia médica y no se puede contactar al padre, tutor legal o persona de contacto de emergencia por teléfono, el personal de LBL ESD EI / ECSE o LCSD puede buscar tratamiento médico haciendo que mi hijo/a, _____, sea transportado en una ambulancia al hospital más cercano. Un miembro del personal de EI / ECSE o LCSD acompañará al niño/a al hospital y permanecerá con él / ella hasta que llegue la familia.

Médico del Estudiante _____ Teléfono _____

Firma del Padre/

Guardián _____ Fecha _____

Esta es una aplicación para matriculas solamente, no garantiza que su hijo/a estará en el programa. Los niños se matricularán en el orden en el que lleguen. Usted será contactado por un miembro del personal del DECL para el 1ro de agosto para confirmarle si su hijo/a estará en el programa para el otoño.

Las clases comenzarán, el lunes, 10 de septiembre, 2018. Las vacunas TIENEN que estar actualizadas antes que su hijo/a pueda comenzar.

La matrícula del primer mes tiene que estar pagada antes para que su hijo/a pueda comenzar.

Por favor firme abajo indicando que usted ha leído y entendido la declaración que está arriba.

Firma del Padre/Guardián

Fecha _____