

Forma de Registro para West Valley Childcare  
*Por favor complete la forma antes de entregar*

\*Nombre del estudiante: (apellido , Nombre , Sobrenombre)

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Persona a cargo de los pagos:

Numero Social : xxx-xx-xxxx

Dirección:

Código postal:

Adulto #1 ( Madre/Padre)

Nombre:

Dirección

Número Telefónico:

Empleador/a:

Número Telefónico:

Adulto #2 ( Madre/padre):

Nombre:

Dirección

Número Telefónico:

Empleador/a:

Número Telefónico:

Lista de contactos en caso de una emergencia:

Nombre :

Relation al estudiante:

Dirección

Número Telefónico:

Nombre:

Relation al estudiante:

Dirección:

Número Telefónico:

Para poder dar el mejor servicio posible es importante que nos haga saber de cualquier cosa que afecte el bienestar de su hijo/a.

Por ejemplo: incluya en esta lista problemas de salud , comportamiento , alergias ( si tiene alergias se debe de hacer un plan de salud).

Medicaciones actuales :

Doctor:

Numero telefonico:

Dentista:

Numero telefonico:

Fecha del último chequeo físico:

Fecha del último examen dental:

Como padres/ guardianes de \_\_\_\_\_ Yo autorizo a West Valley Child Care de Yakima WA que transporten y tomen decisiones sobre tratamientos médicos y de cirugía en caso de que los padres o guardianes no se puedan localizar. Prefiero el hospital \_\_\_\_\_ en caso de una emergencia. También autorizo el uso de primeros auxilios si es necesario.

Firma de Padres/Guardianes \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_