

EnrichTheKids, Inc.

Comience hoy para un mañana enriquecido!

Yo _____ Estoy de acuerdo en pagar: **Semanal** o **Mensual** (marque uno)

Firmado _____

Escuela niño/a asiste _____ Año escolar _____ Grado _____

Nombre de estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ masculino
o femenino (marque uno)

Dirección de Casa _____ Dirección de correo (si diferente) _____

Teléfono de emergencia #1 _____ Nombre _____

Teléfono de emergencia #2 _____ Nombre _____

Tutor legal 1 _____ Trabajo# _____ Casa# _____

Dirección _____ #de licencia de conducir _____

Empleo _____ Dirección de Empleo _____

de Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

Tutor Legal 2 _____ Trabajo# _____ Casa# _____

Dirección _____ # de licencia de conducir _____

Empleo _____ Dirección de Empleo _____

de Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

Personas autorizadas para recoger a niño/a y contactos de emergencia adicionales debe tener al menos 2 (no tutores)

1. Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Dirección _____ # de Teléfono adicional _____

2. Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Dirección _____ # de Teléfono adicional _____

3. Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Dirección _____ # de Teléfono adicional _____

4. Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Dirección _____ # de Teléfono adicional _____

Información médica : (Por favor llene los espacios en blanco a continuación)

¿Su hijo tiene limitaciones debido a física , médica , comportamiento, visión , y / o condiciones de audición?

Explique _____

Lista de todas alergias _____

Lista de todos los medicamentos _____

Lista de médico de su hijo/a el nombre, dirección y # Telefónico _____

Hospital de Preferencia _____

Si su hijo requiere la administración de medicamentos durante las horas del programa , por favor consulte con el Director del Programa o el Director del sitio antes de asistir