

Forma de Inscripciones TOP Learning Center

Informacion del Nino/a

Nombre Legal del Nino/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Apodo del Nino/a: _____ Edad: _____
 Numero de Seguro Social del Nino/a: _____ Sexo: _____

Informacion del Padre

Favor de circular el que aplica para usted: Soltero/a Casado/a

Madre o Guardian

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad, Estado, Codigo: _____
Telefono de Casa: _____
Telefono Celular: _____
de Seguro Social _____

Padre o Guardian

Nombre: _____
Dreccion: _____
Ciudad, Estado, codigo: _____
Telefono De Casa: _____
Telefono Celular: _____
de Seguro Social _____

Informacion donde trabajan

madre o Guardian donde trabajan

Compania: _____
Direccion: _____
Ciudad, Estado, Codigo: _____
Telefono de trabajo: _____ **Horario:** _____
Dias de trabajo(circule): M Tu W Th F

Padre o Guardian donde trabajan

Compania: _____
Direccion: _____
Ciudad, Estado, Codigo: _____
Telefono de trabajo: _____ **Horario:** _____
Dias de trabajo(circule): M Tu W Th F

Informacion de Emergencia

Persona(s) autorizada a recoger el nino en caso de emergencia o enfermedad cuando los padres/guardianes no estan disponibles cuando se les habla por medio de los telefonos que estan en esta forma.

Nombre: _____	Nombre: _____
Direccion: _____	Direccion: _____
Ciudad, Estado, codigo: _____	Ciudad, Estado, Codigo: _____
Telefono: _____ Relacion: _____	Telefono: _____ Relacion: _____

Personas autorizadas en caso de emergencia aparte de los padres/guardianes y de los que anoto en la parte de arriba; lista de personas autorizadas a recoger el nino/a de la escuela (nombres y telefonos:

Nombre: _____ # _____	Nombre: _____ # _____
Nombre: _____ # _____	Nombre: _____ # _____

Nacionalidad: (favor de circular el que aplique para usted) Estados Unidos Otro: _____

Ednicidad/Raza: (favor de circular todo lo que aplique) Caucasian Hispanic Asian
 Pacific Islander African Native American Otro: _____

Autorizacion para Cuidado Medico en caso de Emergencia para TOP Learning Center

Atencion:

- 1 Esta forma deve ser llenada por el Padre Legal o Guardian
Esta forma deve ser firmada en la presencia de un testigo **que no este relacionado con la persona firmando y que no sea empleado de**
- 2 **TOP Learning Centers.** Esta forma no sera aceptada sin la firma de un testigo como del Padre o Guardian.

Usted deve llenar toda la informacion medica en la parte de abajo,
- 3 incluyendo la ultima vacuna de TETANUS TOXOID. Usted puede obtenerla en la targeta de vacunas del nino/a (ultima DPT).

De modo de cumplir los requicitos legales, Yo autorizo a Janice Smith y/o a un empleado de TOP Learning Center como representante de TOP Learning Center doy consentimiento para cualquier emergencia medica necesaria para mi hijo/a, Cual su nombre es _____ mientras este en la custodia del individo comenzando el primer dia de inscripcion y terminando cuando el nino/a ya no este inscrito.

Firma del Padre: _____ Fecha de Hoy: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha de Hoy: _____

Informacion Medica

Nombre del Medico: _____ Telefono#: _____

Hospital de Preferencia: _____

Numeros de Telefono de Emergencia

de telefono de mama: _____ # de telefono de papa: _____

de mama del trabajo: _____ # de papa del trabajo: _____

Informacion de aseguranza medica

Aseguranza de Salud: _____ #: _____

Su Hijo/a califica para seguro Medico Militar? _____ #: _____

Recibe Assitencia Media por el SRS? _____ ID#: _____

Su nino/a es alergico algun medicamento? _____ si es, Cual? _____

Su nino/a es alergico alguna comida? _____ si es, Cual? _____