

**Distrito Unificado Dixon Pre K Registración**

Immz	<input type="checkbox"/>
B/C	<input type="checkbox"/>
Phys	<input type="checkbox"/>

<b>Nombre del estudiante:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Sexo</b>	<b>M / F</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Número de teléfono:</b>		
<b>Nombre de la Madre:</b>	<b>Nombre del Padre:</b>		
<b>Empleado por:</b>	<b>Empleado por:</b>		
<b>Teléfono de Trabajo:</b>	<b>Teléfono de Trabajo:</b>		
<b>Teléfono de Celular:</b>	<b>Teléfono de Celular:</b>		

¿Ha asistido su niño a un programa pre-escolar? Si / No  
 ¿Cuanto tiempo ha estado en un pre-escolar? \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

<b>Apunte a 3 contactos de emergencia en caso que no podamos comunicarnos con los Padres en caso de</b>				
<b>Nombre</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Teléfono de casa</b>	<b>de Trabajo</b>	<b>Celular</b>
1				
2				
3				

<b>Limitaciones de Actividades:</b>	<b>Conocidos Problemas Médicos (Alergias, Asma, etc):</b>
-------------------------------------	---

<b>Medicamentos que Toma:</b>
-------------------------------

<b>Médico de la Familia:</b>	<b>Dentista:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Número de Seguro Médico:</b>	

Solicito que mis hijos reciban servicios de primer auxilio cuando quiera que sea necesario. En caso de una enfermedad o accidente de emergencia a mi hijo/a, la escuela está autorizada para proceder como es indicado en esta forma si no pueden localizarnos. Por este medio damos permiso para que el personal escolar transporten a mi hijo/a. Llamen a una ambulancia y/o busquen otro cuidado de emergencia si no pueden localizar a nuestro médico familiar.

<b>Firma de Padre/Guardían:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------------------------	---------------