

Distrito Unificado Dixon Pre K Registración

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

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

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

¿Cuál? _____

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

Limitaciones de Actividades:	Conocidos Problemas Médicos (Alergias, Asma, etc):
-------------------------------------	---

Medicamentos que Toma:

Médico de la Familia:	Dentista:
Teléfono:	Teléfono:
Número de Seguro Médico:	

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.

Firma de Padre/Guardían:	Fecha:
---------------------------------	---------------