

LIZ-NEY-LAND LEARNING CENTER

6010 S. Pulaski Chicago IL. 60629

Phone #773-582-8355

DAYCARE APPLICATION

Nombre de Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Domicilio _____

Fecha de salida _____ Fecha de entrada _____

Información del (los) Padres o Guardián(es)

Nombre _____ Nombre _____

Que relación tiene _____ Que relación tiene _____
con el Niño(a) con el Niño(a)

Estado Civil _____ Estado Civil _____

Domicilio _____ Domicilio _____

Numero de Teléfono _____ Número de Teléfono _____

Lugar de Empleo _____ Lugar de Empleo _____

Domicilio _____ Domicilio _____

Numero de Teléfono _____ Número de Teléfono _____

Horario de Trabajo _____ Horario de Trabajo _____

Otras personas que se pueden contactar en el evento de que / el Guardián no se pueda localizar (DEBE DE HABER TRES CONTACTOS)

Nombre _____ Numero de Teléfono _____ relación _____

Nombre _____ Numero de Teléfono _____ relación _____

Nombre _____ Numero de Teléfono _____ relación _____

LIZ-NEY-LAND LEARNING CENTER

6010 S. Pulaski Chicago IL. 60629

Phone #773-582-8355

Nombre del Doctor al que se puede llamar en caso de emergencia o que el Niño(a) se enferme

Nombre _____ Domicilio _____

Numero de Teléfono _____ Hospital o clínica _____

Costo: Infantes@235 bebés@\$235 2años@\$200 3años o mas \$170

Días en que el Niño(a) atenderá la guardería _____

Horario de cuidado _____

No es recomendable que permanezca un Niño(a) en una guardería por mas de 10 horas al día

Personas Autorizadas a recoger el Niño(a) que no sean los padres de familia

Favor de notar de que estas personas serán las únicas que estarán autorizadas para recoger al Niño(a) de la guardería. Favor de avisarles de que es necesario presentar una forma de identificación cuando vengan. Si no tienen alguna forma de identificación el Niño(a) no se les entregara.

Nombre _____ Número de Teléfono _____

Domicilio _____ Número de Teléfono del Trabajo _____

Nombre _____ Número de Teléfono _____

Domicilio _____ Número de Teléfono del Trabajo _____

Nombre _____ Número de Teléfono _____

Domicilio _____ Número de Teléfono del Trabajo _____

*He leído el libro Liz-Ney-Land Learning Center Parent Handbook, Y estoy de acuerdo con todas las pólizas incluyendo el acuerdo pago de la registracion, así como los procedimientos de disciplina. Tengo entendido y estoy de acuerdo con todos los procedimientos y tips que están indicados en el libro Parent Handbook de los viajes de ida y vuelta al parque.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Firma del la persona a cargo

Fecha

LIZ-NEY-LAND LEARNING CENTER

6010 S. Pulaski Chicago IL. 60629

Phone #773-582-8355

Si el Niño(a) tiene lo siguiente, favor de dar explicación:

Condiciones Medicas _____

Incapacidades Físicas _____

Restricciones de Juego
En el exterior/En el interior _____

Alergias: _____

Alimentos que le gustan/disgustan _____

Miedos: _____

Le gusta al Niño(a) tomar una siesta? _____ A que horas _____ Por cuanto tiempo _____

Esta el Niño(a) entrenado para ir al baño? _____

Tiene el Niño(a) nombres especiales para ciertas cosas? (baño, comida, bebidas)

Toma el Niño(a) medicamentos especiales? _____ Si su respuesta es si, cuales son las instrucciones

Tiene alguna otra información que pueda ayudarlo? _____

Comentarios: _____

TODA LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO DE LE DARA EL MAYOR TRATO DE CONFIADILIDAD

LIZ-NEY-LAND LEARNING CENTER
6010 S. Pulaski Chicago IL. 60629
Phone #773-582-8355

Forma Básica de Consentimiento

Nombre del Niño(a) _____

Atención Inmediata Medica

Esto autoriza a Liz-Ney-Land Learning Center proporcionar atención medica básica como primer auxilio para mi Niño(a) I si no puedo ser contactado de inmediato en un caso de emergencia. Tomare la responsabilidad de tratamiento medico así como de los costos que estos incurran.

Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Guardián

Relación con el Niño(a) _____

Viajes, Excursiones, y Facilidades de Parques Públicos

Yo autorizo a Liz-Ney-Land Learning Center llevar a mi Niño(a) a viajes especiales, excursiones especiales, y caminatas diarias a una facilidad de un parque cercano. También autorizo a mi Niño(a) de viaje como pasajero en el vehiculo rentado por el centro. También entiendo que tales viajes estarán bajo la supervisión de Liz-Ney-Land Learning Center y todas las medidas de seguridad y de precaución se tomaran y estarán bajo y de acuerdo con los estándares de DCFS

Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Guardián

Relación con el Niño(a) _____

Consentimiento para Tomar Video y Fotos

Ocasionalmente el centro toma fotos o video de los niños durante actividades normales. Las fotos o el video pueden ser presentadas adentro de la guardería para uso de propaganda. Yo doy mi consentimiento a Liz-Ney-Land Learning Center para que tomen video o tomen una foto de mi Niño(a) cuando se encuentre en el centro.

Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Guardián

Relación con el Niño(a) _____

LIZ-NEY-LAND LEARNING CENTER

6010 S. Pulaski Chicago IL. 60629

Phone #773-582-8355

Forma para Consentimiento en la Administración de Medicamentos

Administrar el Medicamento

Yo autorizo a Liz-Ney-Land Learning Center que administre medicamento(s) a mi Niño(a) de acuerdo con las instrucciones en la prescripción medica

Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Guardián

Relación con el Niño(a) _____

Administrar Medicamento Patentado

Yo autorizo a Liz-Ney-Land Learning Center que administre medicamento(s) patentada a mi Niño(a) de acuerdo con las instrucciones en la prescripción medica

Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Guardián

Relación con el Niño(a) _____
