



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE MISSOURI
 OFICINA DE LA INFANCIA - CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA SOBRE CUIDADO INFANTIL
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA CENTROS DE CUIDADO INFANTIL EXENTOS DE LICENCIA

NOMBRE DEL CENTRO/PROVEEDOR		FECHA DE INGRESO	FECHA DE BAJA
NOMBRE DEL NIÑO/A		GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
INFORMACION IDENTIFICATIVA			
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA	
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) O MARQUE SI ES LA MISMA DE ARRIBA <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
EMPLEADOR O CENTRO EDUCATIVO AL QUE ASISTE		HORARIO LABORAL/LECTIVO	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR/CENTRO EDUCATIVO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA	
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) O MARQUE SI ES LA MISMA DE ARRIBA <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
EMPLEADOR O CENTRO EDUCATIVO AL QUE ASISTE		HORARIO LABORAL/LECTIVO	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR/CENTRO EDUCATIVO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	
CONTACTO DE EMERGENCIA Y PERSONAS AUTORIZADAS A LLEVARSE AL NIÑO/A DEL CENTRO (SIN SER LOS PADRES) SE REQUIERE AL MENOS UN CONTACTO DE EMERGENCIA.			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL NIÑO/A	NÚMEROS DE TELÉFONO (CELULAR, DE LA CASA, DEL TRABAJO)	
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
NOMBRE	PARENTESCO CON EL NIÑO/A	NÚMEROS DE TELÉFONO (CELULAR, DE LA CASA, DEL TRABAJO)	
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA			
ENTIENDO QUE SE ME NOTIFICARÁ INMEDIATAMENTE EN CASO DE QUE MI HIJO/A TENGA UNA URGENCIA, Y TOMARÉ LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA QUE MI HIJO/A RECIBA ATENCIÓN MÉDICA CON EL MÉDICO U HOSPITAL DE MI ELECCIÓN.			
SI NO ES POSIBLE PONERSE EN CONTACTO CONMIGO PARA TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS, O EN CASO DE UNA URGENCIA CRÍTICA QUE REQUIERA ATENCIÓN MÉDICA, AUTORIZO A			
_____ ENCARGADO DE GUARDERÍA			
PARA PONERSE EN CONTACTO CON EL/LA SIGUIENTE:			
MÉDICO O CLÍNICA			
NOMBRE		NÚMERO DE TELÉFONO	
HOSPITAL DE PREFERENCIA			
NOMBRE		NÚMERO DE TELÉFONO	

El Departamento de Educación Primaria y Secundaria no discrimina en sus programas y actividades por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, orientación sexual, origen nacional, edad, condición de veterano, discapacidad mental o física o cualquier otro motivo prohibido por la ley. Las preguntas relacionadas con los programas del departamento y la ubicación de los servicios, actividades e instalaciones accesibles para personas con discapacidades pueden dirigirse a Jefferson State Office Building, Director of Civil Rights Compliance and MOA Coordinator (Title VI/Title VII/Title IX/504/ADA/ADAAA/Age Act/GINA/USDA Title VI), 5th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; número de teléfono 573-526-4757 o TTY 800-735-2966; dirección de correo electrónico civilrights@dese.mo.gov.

RECONOCIMIENTOS		
A	SE ME HA INFORMADO DE LAS INSPECCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD OBLIGATORIAS Y LOS FORMULARIOS DE INSPECCIÓN ESTÁN DISPONIBLES PARA SU REVISIÓN.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
B	CUANDO MI HIJO/A ESTÉ ENFERMO/A, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE ES POSIBLE QUE NO SE LE/A ACEPTE EN EL CENTRO DE CUIDADO NI PUEDA PERMANECER EN EL CENTRO DE CUIDADO.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
C	<input type="checkbox"/> AUTORIZO <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO LOS PASEOS ESCOLARES/EXCURSIONES. ENTIENDO QUE SE ME NOTIFICARÁ CON ANTICIPACIÓN CUANDO SE PLANIFIQUEN.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
D	<input type="checkbox"/> AUTORIZO <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO AL CENTRO A TRASLADAR A MI HIJO/A.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
E	SE ME HA INFORMADO QUE PUEDO SOLICITAR QUE SE ME NOTIFIQUE, EN EL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN INICIAL O EN CUALQUIER MOMENTO POSTERIOR, SI HAY NIÑOS ACTUALMENTE INSCRITOS O QUE ASISTEN AL CENTRO PARA LOS QUE SE HA PRESENTADO UNA EXENCIÓN DE VACUNACIÓN.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

**INFORME DE SALUD DEL NIÑO/A EN EDAD ESCOLAR
ANTECEDENTES DE SALUD DEL NIÑO/A Y PROBLEMAS DE SALUD ACTUALES**

- MI HIJO/A GOZA DE BUENA SALUD, PUEDE INCLUIRSE EN EL CUIDADO GRUPAL Y NO TIENE REQUISITOS MÉDICOS O DE SALUD ESPECIALES.
- MI HIJO/A PUEDE INCLUIRSE EN EL CUIDADO GRUPAL, PERO TIENE REQUISITOS MÉDICOS O DE SALUD ESPECIALES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN.

CUALQUIER ALERGIA O ENFERMEDAD ESPECIAL, INCLUIDOS LOS PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS

CUALQUIER MEDICACIÓN ESPECIAL Y/O RESTRICCIONES

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

FECHA

EL FORMULARIO DEBE CONSERVARSE DURANTE UN AÑO TRAS LA BAJA.

ARCHIVO: ARCHIVAR EL FORMULARIO EN EL REGISTRO INDIVIDUAL DEL NIÑO/A.