



Lista De Formularios De Inscripción

Preescuela

Después de la escuela

Enriquecimiento de verano

Nombre del niño: _____

Nombre de los padres: _____

Formas	De Comentarios
1. <input type="checkbox"/> DILC formulario de Inscripción <input type="checkbox"/> \$30.00 Matrícula	
2. <input type="checkbox"/> Care4Kids Aplicación	
3. <input type="checkbox"/> Care4Kids Acuerdo Con El Proveedor Padre	
4. <input type="checkbox"/> Cheques de pago actuales para un mes	
5. <input type="checkbox"/> Página padre de la Evaluación de la Salud (si no se incluye en la Evaluación de la Salud de los Estudiantes)	
6. <input type="checkbox"/> Evaluación De La Salud De Los Estudiantes (recibir de la oficina de Médicos)	
7. <input type="checkbox"/> Historial De Vacunación Immunization Record	
8. <input type="checkbox"/> Formulario De Autorización De Yoduro De Potasio	
9. <input type="checkbox"/> Formularios De Autorización / Liberación	
10. <input type="checkbox"/> Formulario De Elegibilidad De Ingresos (Nutrición)	
11. <input type="checkbox"/> IEP de la escuela	
12. <input type="checkbox"/> Autorización para Administrar Medicamentos (si procede)	

The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center



P.O. Box 848 • New London, CT 06320

Teléfono: 860.287.6543 Fax: 860.443.0095

Cuota de solicitud: \$30 (no es reembolsable)

For Office Use Only Start Date:
--

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Selección del programa:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa para adolescentes

<input type="checkbox"/> Programa de educación infantil | <input type="checkbox"/> Programa de enriquecimiento de verano (grados pre K- 4th)

<input type="checkbox"/> Programa de enriquecimiento de verano (grados 5th - 8th)

<input type="checkbox"/> Programa de enriquecimiento después de la escuela (grados K-5) |
|--|--|

Nombre del niño/niña	Fecha de nacimiento	Edad	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-----------------------------	---------------------	------	--

Dirección personal	N.º de teléfono
--------------------	-----------------

Nombre de la escuela del niño/niña (si está en edad escolar):	Grado actual del niño/niña:
---	-----------------------------

Nombre de la madre/tutor	Teléfono de la casa
---------------------------------	---------------------

Dirección personal	Teléfono celular
--------------------	------------------

Dirección de correo electrónico

Lugar de empleo	Teléfono en el trabajo
-----------------	------------------------

Dirección de su empleo

Estado civil: Soltera Casada Viuda Divorciada

¿Habla algún idioma en su casa que no sea inglés? ___ NO ___ Sí (especificar) _____

Nombre del padre/tutor:	Teléfono de la casa
--------------------------------	---------------------

Dirección personal	Teléfono celular
--------------------	------------------

Dirección de correo electrónico

Lugar de empleo	Teléfono en el trabajo
-----------------	------------------------

Dirección de su empleo

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado

¿Habla algún idioma en su casa que no sea inglés? ___ NO ___ Sí (especificar) _____

The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center

La siguiente información es esencial para nuestros donantes y comunidad que nos financia.

Por favor, seleccione una "raza" y responda sí o no bajo Hispano/Latino y si su respuesta es sí, por favor, indique el grupo étnico/país de origen de su niño/niña.

"Categorías de razas"	Hispano o Latino	Grupo étnico/País de origen
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____
<input type="checkbox"/> Negro/Afro americano	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____
<input type="checkbox"/> Asiático y blanco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____
<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano y blanco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____
<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska y blanco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____
<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska y negro afroamericano	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____
<input type="checkbox"/> Otro multirracial: _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____

¿Es este niño responsabilidad del estado? Sí No

Si la respuesta es Sí

Nombre de la trabajadora social _____ Número de teléfono _____

Información del contacto para emergencias: *Se requiere por lo menos dos (2) contactos que no sean los tutores legales.*

Contacto primario de emergencia y nombre de la persona que lo puede buscar/sacar del centro (<i>no puede ser el tutor</i>): Dirección: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Relación con el niño: _____	Teléfono de la casa
	Teléfono celular
	Teléfono en su trabajo

The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center

Contacto secundario de emergencia y nombre de la persona que lo puede buscar/sacar del centro (<i>no puede ser el tutor</i>):	Teléfono de la casa
Dirección	Teléfono celular
Dirección de correo electrónico	Teléfono en el trabajo
Relación con el niño	

Tercer contacto de emergencia y nombre de la persona que lo puede buscar/sacar del centro (<i>no puede ser el tutor</i>):	Teléfono de la casa
Dirección	Teléfono celular
Dirección de correo electrónico	Teléfono en el trabajo
Relación con el niño	

Cuarto contacto de emergencia y nombre de la persona que lo puede buscar/sacar del centro (<i>no puede ser el tutor</i>):	Teléfono de la casa
Dirección	Teléfono celular
Dirección de correo electrónico	Teléfono en el trabajo
Relación con el niño	

Nombre del médico _____	Teléfono del médico _____
Dirección del médico _____	Ciudad/Estado/Código postal _____
Nombre del dentista _____	Teléfono del dentista _____
Dirección del dentista _____	Ciudad/Estado/Código postal _____

The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center

Liberación general

Nombre del niño: _____ Apellido del niño: _____

Yo, _____, tutor legal de _____
(Escribir el nombre del tutor legal) (Escribir el nombre del niño)

Por la presente libero al programa *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center* y a cualquier organización a quien contrate para recibir servicios, contra toda responsabilidad por cualquier lesión que pudiera afectar a mi niño durante los programas y actividades de *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*. Entiendo que este es un programa educativo y recreacional y por la presente certifico que mi niño goza de buena salud y puede participar en todos los aspectos de las actividades del programa, excepto según se indique por escrito y se incluya en este formulario.

Doy permiso para que mi niño participe en:

- Mi proveedor de cuidado infantil tiene mi permiso para transportar a mi niño, si fuera necesario, cuando mi niño esté bajo su cuidado.
- Viajes de estudio, sean caminando, en autobús o en camioneta cerrada.
- Clases de computación y yo estudiaré las políticas y procedimientos del Manual para Padres y explicaré las políticas y el uso aceptable de la computadora e Internet a mis niños.

Autorizo al Distrito de Escuelas Públicas de New London a entregar cualquiera y todos los registros médicos y/o educativos relacionados con mi niño al *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*. Entiendo que esta información se usará para cumplir requerimientos de salud del estado y para evaluar las necesidades académicas y de aptitud y rendimiento de mi niño. Presto además mi consentimiento para que *The Center: A Drop-In Community Learning Center* evalúe el impacto de la programación en el progreso académico y desarrollo social de mi niño a través de la investigación y el uso de prácticas basadas en la evidencia.

Autorizo a *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center* el derecho a usar fotografías y otros registros, voz y sonidos de mi niño durante su participación y a reusar o licenciar el derecho a reusar dichas fotografías y registros de su nombre, imagen y biografía, en todos los medios y en todas las formas, incluyendo, pero sin limitación, a su participación en programas y actividades, sin compensación para mí y con ninguna limitación.

Gestión conductual- Promovemos un sistema positivo de gestión conductual basado en los elogios, el humor, el modelado, la redirección y la elección. Si un niño no responde a estas estrategias, el miembro del personal emitirá una advertencia verbal. Si la conducta continúa, se emitirá una segunda advertencia y se indicará las consecuencias de continuar la conducta. Luego de la segunda advertencia, el personal podrá:

- Iniciar un período de suspensión de tiempo que sea apropiada para la edad (los minutos no podrán exceder la edad del niño)
- Limitar la participación en actividades
- Cancelar privilegios
- Contactar a los padres

No se tolerarán las siguientes conductas: Pelear, robar, vandalismo, intimidación, extorsión y desafío. Las consecuencias por dichas conductas pueden incluir:

- Suspensión del programa
- Reparación de daños
- Expulsión del programa
- Incluir la intervención en el archivo del participante.
- Luego de cualquier intervención disciplinaria, pedir al niño que identifique la conducta que justificó la intervención así como las conductas apropiadas que debe usar la próxima vez.

Métodos disciplinarios:

- Se animará a los niños a que piensen soluciones o alternativas para solucionar sus propias faltas de conducta. Esto permite que el niño acepte la responsabilidad por su propia conducta.
- Los niños serán redirigidos de una conducta inapropiada y sin dirección a una experiencia más constructiva y exitosa usando las elecciones apropiadas.
- Los niños serán removidos de una situación de provocación. Esta técnica brinda a los niños la oportunidad de poder controlarse. Si el niño se descontrola y/o crea peligros a sí mismo o a otros niños, será enviado a la oficina de la Maestra Principal o la Directora Ejecutiva. El objetivo es preservar la autoestima del niño, no explotar ni devaluar al niño. El niño decide cuánto tiempo necesita antes de volver al grupo.

Autorizo a *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*, a brindar toda y cualquier atención médica necesaria a mi niño en caso de emergencia. Entiendo que será contactado lo antes posible en caso de que ocurra dicha emergencia.

Firma del tutor _____ Fecha: _____

Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start

Consulte las instrucciones en *Instrucciones para la Solicitud de Elegibilidad por Ingreso para Centros de Cuidados Infantiles y Head Start*.

Parte 1 — Información del niño

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año): _____

Días normales de cuidado del niño (Marque todos los días aplicables):

lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo

Horario normal de cuidado del niño (Escriba la hora y circule AM o PM):

_____ AM/PM a _____ AM/PM y _____ AM/PM a _____ AM/PM

Servicios normales de comidas provistas al niño (Marque todas las comidas/bocadillos aplicables):

Desayuno Merienda AM Almuerzo Merienda PM Cena Merienda noche

Parte 2A — Participantes categóricamente elegibles sin cargo para beneficios CACFP

Familias que reciben beneficios del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) (antes conocido como Estampillas de Alimentos) o Asistencia Temporal a la Familia (Temporary Family Assistance - TFA), y familias con hijos de crianza: Complete esta parte y la parte 3. **No complete la parte 2B.**

Nº de caso SNAP: _____ Nº de caso TFA: _____ Marque si hay hijos de crianza:

Parte 2B — Todas las demás familias

Si no completó la parte 2A, complete esta parte y la parte 3.

Nombres de todos los miembros de la familia <i>Anote cada persona en el hogar, incluyendo el/la niño/a mostrado/a en la parte 1 arriba.</i>	Ingreso bruto y frecuencia de cobro: Indique si el ingreso se recibe mensualmente, dos veces por mes, cada dos semanas o semanalmente colocando el monto del ingreso en el casillero de la frecuencia que corresponda. Usted debe colocar el ingreso en el casillero correspondiente a la frecuencia adecuada.											
	Ingresos de su empleo (antes de las deducciones) – empleo 1				Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención de niños				Pensiones/jubilación/seguro social/otros ingresos			
Nombres	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensual
(Ejemplo) Juana López	\$200					\$134						
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												

Parte 3 — Información de contacto, firma y número de seguro social

Un miembro adulto de la familia debe **firmar y fechar** este formulario para que pueda ser aprobado.

Yo certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y se han informado todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales en base a la información que yo provea. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que, si doy información falsa intencionalmente, mis niños/as pueden perder beneficios de comida, y yo puedo ser enjuiciado/a de acuerdo a las leyes aplicables de orden estatal y federal.

Nombre de adulto: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Últimos 4 dígitos del Nº de Seguro Social (SSN): XXX-XX- _____ No tengo un SSN

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start

Parte 4 — Identidad étnica y racial (opcional) *No se le requiere completar esta parte.*

Origen Étnico (Marque uno):

- Hispano/Latino
 No Hispano/Latino

Raza (Marque uno o más):

- Asiático
 Blanco
 Negro o Afroamericano

- Indígena Americano o Nativo de Alaska
 Nativo de Hawái u Otras Islas del Pacífico

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: How to File a Complaint, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



Para obtener información sobre el CACFP, visite el sitio web del CACFP del Departamento de Educación del Estado de Connecticut (CSDE) o comuníquese con el personal del CACFP en la Oficina de Salud/Nutrición, Servicios Familiares y Educación para Adultos del CSDE, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103-1841. Este formulario está disponible en https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/CACFP/Forms/IncElig/Income_Eligibility_Application_CACFP_Centers_Spanish.pdf.

Solo para uso del patrocinador. No escriba después de esta línea.

Conversión al ingreso anual: Semanalmente X 52 • Cada 2 semanas X 26 • Dos veces al mes X 24 • Mensualmente X 12

Ingreso total familiar: \$ _____ Numero de familia: _____ Hogar SNAP/TFA Hijo de crianza
 Elegible Gratuito Elegible Reducido Ingreso Mayor

Oficial de elegibilidad del patrocinador: _____ Fecha: _____

Firma



Permiso de los padres o tutores Para aplicar protector Solar



Nombre del niño: _____

Doy mi permiso para que el personal del centro de Aprendizaje O del Campamento Pueda aplicar el producto de protección solar como se especifica a continuación, cuando él o ella va a salir, especialmente durante los meses de marzo a octubre y entre los horarios diarios de 10 a. m. y 4 P. m. acto que el protector solar puede ser aplicado a la piel expuesta, incluyendo pero no limitado a la cara. He comprobado toda la información aplicable con respecto al tipo y uso de protector solar para mi hijo.:

MARQUE TODAS LAS CASILLAS DEBAJO DE APLICAR

- Entiendo que debo proporcionar protector solar en el envase original para mi hijo solo uso. El recipiente debe estar etiquetado con el nombre y apellido del niño.
- Entiendo que el protector solar debe ser:
 - Libre de PABA
 - SPF 15 o superior
 - Protección UVA y UVB
 - Sin Fragancia
 - Forma de pulverización (recomendado para una aplicación más fácil)

También he incluido la siguiente marca/tipo de protector solar para mi hijo:

- Este producto se ha aplicado previamente a mi hijo sin ningún efecto adverso. Que yo sepa, mi hijo no tiene ninguna alergia al protector solar.
- Debo aplicar la primera solicitud antes de la entrega por la mañana. El personal de SILC aplicará protector solar antes de la tarde fuera del juego.
- Yo le he enseñado a mi hijo cómo aplicar el protector solar correctamente y mi hijo puede aplicar el protector solar de forma independiente.
- Si mi hijo necesita ayuda para volver a aplicar el protector solar, doy mi permiso para que el personal le brinde ayuda a mi hijo si lo solicita.

Firma del padre/Tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO de autorización de terapia
YODURO de potasio (KI) ESTUDIANTES

(por favor COMPLETAR A separado FORM para cada INSCRIPTO ESTUDIANTES/niño) de

Nombre de estudiantes: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ escuela: _____

Nombre del padre o Guardián: _____

Teléfono en Casa : _____ Teléfono de día: _____

Médico el alumno _____

Teléfono del médico de atención primaria: _____

(Por favor indicar su autorización o negativa marcando la caja o cajas apropiado a continuación.)

Sí, quiero que mi anterior con nombre hijo sea administrado Iodide de potasio (KI) por personal de centro de recursos y el aprendizaje de comunidad de anexo en el caso de una emergencia nuclear y tras la orden de la Comisionada del departamento de salud pública.

No, no quiero hacer mi hijo con nombre anterior a darse Iodide de potasio (KI) por el personal del centro de recursos y el aprendizaje de comunidad de anexo en el caso de una emergencia nuclear, incluso si ordenó por el Comisionado del departamento de salud pública por las siguientes razones:

(1) Debido a condiciones médicas, como las que se indican a continuación:

- Alergia a los problemas Iodide
- De la tiroides de yodo
[pueden incluir problemas de tiroides: enfermedad de grave, bocio, hipotiroidismo o cualquier otra condición de la glándula tiroides.]
- Hypocomplementemic Vasculitis
[una condición de la piel graves que incluye sangrado debajo de las ampollas llenas piel, fluidas, llagas y quema.]

(2) Para distintos de razones médicas, no quiero hacer mi hijo para recibir (KI).

Entiendo que es mi responsabilidad para notificar a centro de recursos y el aprendizaje de comunidad de anexo por escrito si deseo cambiar mi autorización como se indicó anteriormente.

Fecha

Del padre o Guardián Signatura



Formulario de liberación de permiso

que aprende de:

Primeros auxilios/CPR • Gerencia del comportamiento • Disparos al campo • Fotos y nombre

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Primeros auxilios y permiso de CPR que

reconozco que he leído la política del accidente y de la emergencia en el manual del padre y doy a personal de la gota el permiso de administrar los primeros auxilios y/o CPR a mi niño.

Firma del _____ del padre/del guarda

Política de la disciplina y dirección del comportamiento que

reconozco que he leído la política de la disciplina y la dirección del comportamiento en el manual del padre y doy a personal de la gota el permiso de utilizar medidas apropiadas según lo indicado en el manual.

Firma del _____ del padre/del guarda

Disparos al campo que

reconozco que he leído la política del disparo al campo en el manual del padre y seguiré los procedimientos indicados.

Firma del _____ del padre/del guarda

Lanzamiento de la foto

doy consentimiento al uso de las fotografías/de los videos tomados durante nuestros programas para los propósitos de la publicidad, promocionales y/o educativos (publicaciones incluyendo, presentación o difusión vía el periódico, el Internet u otras fuentes de los medios). Hago esto con conocimiento completo y consiento y renuncio todas las demandas para la remuneración para el uso.

_____ sí, doy el consentimiento para Gota-En centro/campo que aprenden a la fotografía mi niño para los propósitos y/o los acontecimientos del programa.

_____ No, no autorizo a Gota-En centro/campo que aprenden a la fotografía para mi niño para ningún acontecimiento.

Firma del _____ del padre/del guarda



Encuesta De Lengua Materna

La Gota quisiera que todas las familias compartieran el(los) idioma (s) hablado (s) en la casa de cada niño (a) para identificar sus necesidades lingüísticas específicas. Esta información es esencial para que las escuelas proporcionen una instrucción significativa a todas las familias. Si en casa se habla un idioma distinto del Inglés, por favor, ayúdenos rellorando la información que se encuentra a continuación. Gracias por su ayuda.

INFORMACIÓN PARA LOS ESTUDIANTES

Primer Nombre del niño _____ del Niño apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ País de Origen _____

INFORMACIÓN PARA LOS ESTUDIANTES

1. Uno¿Cuál es el (los) idioma (s) nativo (s) de cada padre/tutor? (marque uno)

Madre Padre Tutor Madre Padre Tutor

2. ¿Qué idioma entendió y habló su hijo por primera vez? _____

3. ¿Qué otros idiomas conoce su hijo? (verifique todos los que apliquen)

_____ Hablar Leer Escribir

_____ Hablar Leer Escribir

4. ¿Qué idiomas utiliza su hijo? _____

5. ¿Necesitará información escrita de la escuela en su lengua materna? Sí No

6. ¿Necesitará un intérprete / traductor en las reuniones de padres y Maestros? Sí No

Firma Del Padre / Tutor

Fecha



Historia del desarrollo

Complete este Registro de desarrollo, será una gran ayuda para nosotros atenderle a usted y a las necesidades de su hijo.

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Describa brevemente a su hijo (apariciencia física, personalidad, habilidades):

¿Alguna alergia? _____ En caso afirmativo, sírvase enumerar:

¿Estuvo su embarazo con este niño a<? _____

De no ser así, ¿en qué fase de gestación se produjo el practic? _____

¿La piel de su hijo es muy sensible? _____

Describa el horario diario típico de su hijo:

¿Tu hijo es un comilón? _____

¿Los movimientos intestinales son regulares? _____ ¿Cuántas veces al día? _____

¿Con qué frecuencia ocurren los accidentes? _____

DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO

¿Su hijo tiene un tiempo "quisquilloso"? _____ ¿Cuándo? _____

¿Cómo se maneja el tiempo?
