

Solicitud de Servicios de Cuidado Infantil



Fecha de Solicitud: _____

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

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Nombre de la Padre/Tutor(1): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Teléfono Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono Alternativo: _____

Nombre de la Padre/Tutor(2): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Teléfono Móvil: _____ Correo Electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono Alternativo: _____

Información Niño(a)

¿El niño(a) fue prematuro? (Circule Uno) Sí No

Idioma Principal del Niño: _____ Idioma Principal de los Padres: _____

Enumere cualquier condición médica existente, medicamentos o información dietética: _____

Alergias: _____

Discapacidad, necesidades especiales o cualquier información adicional: _____

Cobertura de seguro médico para prestaciones de asistencia médica o por hijo, si corresponde: _____

Firma del Padre o Tutor: _____