

Healing Hearts del Condado de Waukesha, Inc.
121 Wisconsin Ave. - Waukesha, WI 53186 - 262-751-0874 -
info.hhwc@gmail.com
www.healingheartsofwaukeshaco.org

INSCRIPCIÓN PARA LA GUARDERÍA INFANTIL

Ofrecido para niños de dos y tres años que acompañan a los adultos participantes inscritos en el Programa de Healing Hearts.

Por favor complete este formulario y envíelo por correo a la dirección de Healing Hearts impresa arriba.

Nombre del Niño(a) _____ Apodo _____
(Apellido) (Nombre) (Nombre por el que desea ser llamado)

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____

Por favor indique el origen étnico de su hijo(a): Africano Americano Asiático Bi-racial
 Caucásico Hispano Nativo Americano Otro Grupo Étnico

¿Tiene su hijo alguna condición médica que deberíamos saber? ¿O alergia a algún alimento?

¿Tiene su hijo alguna necesidad especial, emocional o de aprendizaje que deberíamos saber? Si es así, por favor descríbala.

Persona(s) autorizada(s) a recoger a su niño al final de las reuniones semanales:

1. Nombre _____ Teléfono _____

2. Nombre _____ Teléfono _____

CONSENTIMIENTO MÉDICO: En el caso de alguna lesión o enfermedad, yo/nosotros doy/damos permiso para que transporten de emergencia a mi niño(a) a un hospital para un tratamiento médico. También, doy/damos permiso a cualquiera y a todos los proveedores del cuidado de la salud, designados por los voluntarios y el personal de Healing Hearts, para que le provean a mi niño(a), identificado anteriormente, con cualquier y todos los cuidados necesarios relacionados con su lesión o enfermedad. Yo/nosotros entiendo/entendemos que seré/seremos contactado(a) en un caso de emergencia y que se me/nos será prevista toda la información necesaria relacionada a esta emergencia médica.

(Firma del Padre/Madre o Encargado)

(Fecha)

¿A quién podemos contactar en caso de una emergencia médica?

(Nombre del Contacto de Emergencia)

(Número de Teléfono)

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE FOTO/VIDEO: Por la presente, estoy consciente que una o más fotos de mi hijo(a) pueden ser tomadas para el uso de las actividades de Healing Hearts durante el transcurso del Programa. Comprendo que estas fotos no serán utilizadas de otra manera a no ser que el Padre/Madre así lo autoricen anteriormente en forma escrita.

(Firma del Padre/Madre o Encargado)

(Fecha)