



Formulario de inscripción de Crown of Jewels Academy



Nombre del niño:		Nacimiento:	Fecha de inicio:
Dirección			
Nombre del padre/tutor		Teléfono #	Correo electrónico:
Dirección			
Empleador		Dirección y Número de Teléfono #	
Nombre del padre/tutor		Teléfono #	Correo electrónico:
Dirección			
Empleador		Dirección y Número de Teléfono #	

Asistencia del niño (hora de entrega/recogida)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Tiempo parcial					
Dedicación plena					

Lista de Personas Permitidas Para recoger

Nombre	Dirección	Teléfono #	Relación con el niño
Nombre	Dirección	Teléfono #	Relación con el niño
Nombre	Dirección	Teléfono #	Relación con el niño
Nombre	Dirección	Teléfono #	Relación con el niño

En caso de una emergencia, doy permiso para que cualquiera de las siguientes personas sea contactada y mi hijo puede ser liberado a cualquiera de ellos.

Firma del padre/tutor: _____

Nombre	Dirección	Teléfono #
Nombre: Relación:		Hogar: Celda: Alternativo:
Nombre: Relación:		Hogar: Celda: Alternativo:
Nombre: Relación:		Hogar: Celda: Alternativo:

¿Quién no puede recoger a su hijo?

(Una copia del documento judicial de respaldo debe estar en el archivo)

Nombre	Razón

Información de salud del niño

Proveedor de salud	Fecha del último examen físico del niño	Número de teléfono
Dirección		
¿Problemas de salud especiales? ¿Sí o no? En caso afirmativo, especifique	¿Alergias, incluidas las reacciones a los medicamentos? ¿Sí o no? En caso afirmativo, especifique.	
¿Medicamentos regulares? ¿Sí o no? En caso afirmativo, especifique.	¿Otra información importante?	
Nombre del dentista:	Teléfono #	
Dirección		

Cobertura de seguro médico para niños

Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza
Nombre del titular de la póliza	Nombre del empleador
Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza
Nombre del titular de la póliza	Nombre del empleador

Consentimiento médico/Permiso para tratar

<p>Quando no puedo ser contactado, autorizo y doy mi consentimiento para que un médico o asistente de automóvil lo considere necesario o conveniente para que mi hijo realice para mi hijo un médico con licencia, un proveedor de atención médica, un hospital o un asistente de asistencia cuando el médico o el asistente del automóvil lo consideren necesario o aconsejable para salvaguardar la salud de mi hijo. Renuncio a mi derecho de consentimiento informado para dicho tratamiento.</p> <p>También doy mi permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia o en un automóvil de ayuda a un centro de emergencia para recibir tratamiento. Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington que esta información es verdadera y correcta.</p>			
Firma del padre/tutor	Fecha:	Firma del padre/tutor	Fecha:
<p>Primeros auxilios</p> <p>En caso de emergencia, autorizo al personal de Crown of Jewels Academy a proporcionar cualquier atención de primeros auxilios que se considere necesaria para mi hijo.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>			
<p>Atención de emergencia</p> <p>En el caso de una emergencia en la que no pueda ser contactado, el médico mencionado anteriormente o el hospital local están autorizados a proporcionar cualquier atención de emergencia que se considere necesaria de mi hijo.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>			
<p>Transferencia de registros de salud</p> <p>En caso de una emergencia, autoricé la transferencia de los registros de salud de mi hijo al equipo médico apropiado.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>			
<p>Liberación de transporte</p> <p>Autorizo a Crown of Jewels Academy a transportar a mi hijo al Hospital,</p> <p>_____</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>			

Matrícula Express

Tuition express es un portal en línea seguro, gratuito y seguro para que pueda acceder fácilmente a la información de la cuenta de su hijo / niños y realizar un pago de matrícula.

- ¡¡El formulario de matrícula exprés debe completarse al momento de la inscripción!!
- Una vez que hayamos recibido su formulario de matrícula exprés, configuraremos su cuenta.
- Tendrás 2 opciones
 - Puede enviar su pago en línea a través de su cuenta
 - o
 - Procesaremos su pago el primer día de la semana
- Si su tarjeta no se realiza, ¡se le cobrará un cargo por pago atrasado de \$ 20! ¡Sin excepciones!
- Si no envía su pago el primer día de la semana antes de que su hijo sea dejado, no podrá quedarse hasta que se realice el pago.

El Formulario de Inscripción de Tuition Express se enviará como un archivo adjunto separado.

Crown of Jewels Academy

Médico y de Transporte

Nombre del Niño:	Fecha de Nacimiento:
Nombre de la madre:	Telefono:
Telefono del Empleador	Correo Electronico:
Nombre del Padre:	Telefono:
Telefono del Empleador	Correo Electronico:

Médico del Niño:	Telefono:
Dentista del Niño:	Telefono:
Compañía de seguros:	Nombre de Miembro:
Número de póliza:	Numero de Grupo:

En el caso de una emergencia médica, el proveedor Crown of Jewels Academy tomará todas las medidas razonables para proporcionar una atención médica adecuada. Cuando sea apropiado, el proveedor llamará al 911 y al padre/tutor. Si no se puede contactar al padre/tutor, el proveedor llamará a las personas autorizadas que se enumeran a continuación para que se les autorice cualquier tratamiento médico adicional del niño. Enumere a continuación a cualquier persona / personas a las que autorice a tomar decisiones médicas para su hijo.

Nombre:	Telefono:	Relacion:
Nombre:	Telefono:	Relacion:
Nombre:	Telefono:	Relacion:

En el caso de una emergencia médica, y no se puede contactar a ninguna persona, padre o tutor autorizado, el Director se comunicará con el médico del niño que figura en la lista, y ese médico tendrá la autoridad para tomar decisiones médicas en ausencia del padre / tutor. Todos los niños serán transportados al hospital más cercano_____. Se contactará al tutor principal y, si no se puede contactar con ellos, se llamará a las personas que figuran como contactos autorizados. El director o la persona designada permanecerán con el niño hasta que llegue alguien.

Yo, _____ doy la autorización que Crown of Jewels Academy transporte a mi Niño _____ al hospital _____ en caso de alguna emergencia medica.

Firma del padre/tutor:	Fecha:
Firma del Director:	Fecha:

Crown of Jewels Academy

Información Médica

Nombre del Niño: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de la madre: _____	Telefono: _____
Telefono del Empleador _____	Correo Electronico: _____
Nombre del Padre: _____	Telefono: _____
Telefono del Empleador _____	Correo Electronico: _____

Historial de salud

Sírvase indicar las enfermedades que el niño tiene o ha tenido en el pasado

Asthma _____	Varicela _____	Diabetes _____	Faringitis estreptocócica _____
Epilepsia _____	Sarampión _____	Paperas _____	Hepatitis _____
VSR _____	Neumonía _____	Mono _____	Meningitis _____

1. ¿Su hijo tiene alguna alergia alimentaria o ambiental de la que debemos ser conscientes para proporcionar su seguridad y bienestar? _____ En caso afirmativo, explíquelo en detalle.

2. ¿Tiene su hijo alguna necesidad especial que necesite atención específica por parte del director? _____

3. ¿Su hijo nació prematuramente? _____ En caso afirmativo, ¿a cuántas semanas? _____ Describe algún problema o inquietud que pueda tener. _____

4. ¿Tiene su hijo una condición que, de acuerdo con la información médica actual, amenaza directamente la salud y / o seguridad de otros en el programa? _____ If sí, por favor explique en detalle, y organizaremos una conferencia para discutir la inscripción de su hijo.

