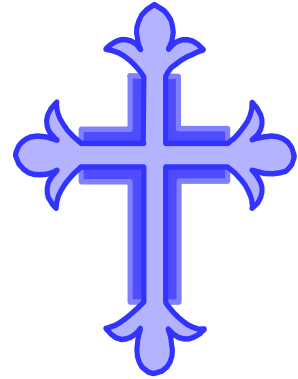


Escuela del Santo Rosario
 161 9th Street Idaho Falls, ID 83404
 (208) 522-7781
 Por favor llene las areas en blanco.

Forma de Registracion



**Centrado en niños, Dirigido
por Christo**

Nombre del niño(a)	
# de Seg. Social	
Fecha de nacimiento	
Sexo / Raza	/
Grado	
Religion	
Parroquia	
Fecha de Bautizo	
Direccion del niño(a)	
Ciudad/estado/codigo	
Num. de tel. en casa	
Escuela correspondiente al area donde viven.	

Nombre del papa	
Direccion	
Ciudad/estado/codigo	
# de tel. en casa	
# de celular	
# de tel. trabajo	

Nombre de la mamá	
Direccion	
Ciudad/estado/codigo	
# de tel. en casa	
# de celular	
# de tel. trabajo	

e-mail:	e-mail:
---------	---------

Por favor liste al menos una persona en caso de emergencia. Tambien nos gustaria una lista de las personas que pueden recoger a su(s) hijo(s)

	Nombre	Recojer (s/N)	Contactode Emergencia (si/no)	Direccion	# de Tel.	Relacion
Contacto #1						
Contacto #2						
Contacto #3						
Contacto #4						

La/s siguiente/s persona/s **no puede/n** recoger a mi(s) hijo/s:

Informacion Medica

Doctor/Pediatra	Telefono	Dentista	Telefono

Entiendo que la Escuela del Santo Rosario no asume responsabilidad por cobros de un doctor. De cualquier manera, en caso de emergencia, la escuela podria llamar al doctor o escoger un doctor si usted no menciona ninguno. Iniciales: _____

Liste cualquier condicion medica que su hijo tenga: _____

Liste cualquier dieta o restriccion que su hijo tenga _____

Medicina Recetada: _____

Aseguranza: _____ # de Poliza: _____

=====
Mi hijo(a) puede tomar la dosis recomendada de: (Marque & ponga iniciales para dar permiso)

Acetaminophen _____ y/o Ibuprofen _____

Iniciales del padre (madre) _____

=====
La informacion de arriba es verdadera, basado en mi conocimiento.

Firma del Padre/Guardian

Fecha