



Año escolar 2022-2023 Nuevo Regreso

Preescolar Sunshine Kids

SOLICITUD Y FORMULARIO DE REGISTRACIÓN

1721 West 10th Street
The Dalles, Oregon 97058
Preescolar (541) 506-2242
Fax (541) 296-3451

Nombre del alumno (apellido):		Nombre del alumno (primero):	
Dirección del domicilio del estudiante (calle, estado, código postal):			
Dirección de correo (si es diferente al domicilio):			
FECHA DE NACIMIENTO:	Idioma(s) principal(es):	Género:	
<u>Padre/Tutor #1:</u>	Parentesco con el alumno:	Idioma(s) preferido(s):	
Número de teléfono (casa/celular):	Número de teléfono (trabajo): Empleador:	Correo electrónico:	
Dirección del domicilio (si es diferente a la del Padre/Tutor #1):			
<u>Padre/Tutor #2:</u>	Parentesco con el alumno:	Idioma(s) preferido(s):	
Número de teléfono (casa/celular):	Número de teléfono (trabajo): Empleador:	Correo electrónico:	
Dirección del domicilio (si es diferente a la del Padre/Tutor #1):			

Información opcional del alumno- Raza/grupo étnico del niño (marque todo lo que corresponda):

- Nativo americano o nativo de Alaska
- Negro o afroamericano
- Asiático
- Blanco
- Origen Hispano o Latino
- Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico
- Otros: _____

¿Está inscrito su hijo en:

¿Programa de Educación para Migrantes? Yes No

¿Educación Especial para la Primera Infancia? Yes No

Opciones de clases y costo de la colegiatura:

Por favor, indique en qué sesión está interesado:

	Edades de los alumnos	Días y Horarios	Colegiatura
AM	4 a 5 años	De lunes a viernes de 8:45 a 11:45	\$240.00
PM	3 a 5 años	lunes/martes/jueves/viernes 12:45 a 3:45	\$200.00

Por favor, tenga en cuenta: Los alumnos deben tener 3 años cumplidos el 1 de septiembre para poder inscribirse.

FIRMAS	
Doy el permiso para que mi niño participe en el Preescolar de Sunshine Kids y afirmo que toda la información dada a conocer en este paquete de inscripción con respecto a mi niño es exacta a lo mejor de mi conocimiento.	
Firma del padre/tutor	Fecha

***Al someter esta solicitud no se asegura la inscripción. Se le notificará sobre el estatus de su solicitud.**

****Por favor, incluya una copia de la cartilla de vacunación de su hijo/a**

Información adicional sobre el alumno:

¿Quién puede recoger a su hijo de la escuela?

Nombre/parentesco del niño número de teléfono

CONTACTO DE EMERGENCIA DISTINTO DE LOS PADRES #1		
Nombre del contacto de emergencia:		
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Parentesco con el alumno:		
CONTACTO DE EMERGENCIA DISTINTO DE LOS PADRES #2		
Nombre del contacto de emergencia:		
Dirección:		Teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Parentesco con el alumno:		
INFORMACIÓN MÉDICA DEL ALUMNO		
¿Algún problema de salud, discapacidad física o enfermedad crónica que limite las actividades de su hijo? En caso de que sí, por favor especifique:		