*GUSTINE UNIFIED SCHOOL DISTRICT*

GUSTINE ADULT SCHOOL

*685 WALLIS AVE*

*GUSTINE, CA 95322*

*209.854.9575*

APPLICATION FOR CHILDCARE SERVICES

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION|INFORMACION DE PADRES**

|  |  |
| --- | --- |
| PARENT(S) NAME/*NOMBRE DE PADRE(S):*  |  |
| **PARENT CLASS SCHEDULE|HORARIO DE PADRES** |
| PARENT’S CLASS Info/*CLASE DE PADRE*:  |  |
| [ ]  ESL, AM [ ] ESL, PM [ ] GED [ ] ABE, AM [ ] HIGH SCHOOL  | PARENT ROOM #|*SALON DE PADRE* | [ ] ROOM A-1 [ ] ROOM A-5[ ]  ROOM A-6  |

**CHILD 1 INFORMATION| INFORMACION DE NIÑO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LAST NAME|APELLIDO  | FIRST NAME|NOMBRE  | MIDDLE NAME|SEGUNDO NOMBRE |
|  |  |  |
| PLACE OF BIRTH|LUGAR DE NACIMIENTO  | DATE OF BIRTH|FECHA DE NACIMIENTO | GENDER|GENERO  |
|  |  | [ ] MALE [ ] FEMALE |

**CHILD** **2 INFORMATION| INFORMACION DE NIÑO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LAST NAME|APELLIDO  | FIRST NAME|NOMBRE | MIDDLE NAME|SEGUNDO NOMBRE |
|  |  |  |
| PLACE OF BIRTH|LUGAR DE NACIMIENTO | DATE OF BIRTH|FECHA DE NACIMIENTO | GENDER|GENERO |
|  |  | [ ] MALE [ ] FEMALE |

 **CHILD 3 INFORMATION | INFORMACION DE NIÑO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LAST NAME|APELLIDO  | FIRST NAME|NOMBRE | MIDDLE NAME|SEGUNDO NOMBRE |
|  |  |  |
| PLACE OF BIRTH|LUGAR DE NACIMIENTO | DATE OF BIRTH|FECHA DE NACIMIENTO | GENDER|GENERO |
|  |  | [ ] MALE [ ] FEMALE |

**OTHER INFORMATION**

1. Does child have a disability or special needs? **YES/SI** **NO** (if possible, please attach IEP)

 *¿Tiene el niño/a una discapacidad o necesidades especiales?*

1. Does your child require medication during school hours? **YES/SI NO**

 *¿Requiere medicamentos su niño/a durante las horas de escuela?*

 If yes, what?  *Si la respuesta es sí, ¿Cuáles son*? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Does your child have any allergies? (food, medication, seasonal allergies, skin contact, insect) **YES/SI NO**

 ¿Tiene su niña/o alguna alergia?

 *(de alimentos, medicamentos, alergias de temporada, de contacto a la piel, insectos)*

 If yes, what?  *Si la respuesta es sí, ¿Cuáles son?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Does your child have any health conditions such as asthma, diabetes, seizures, etc. that requires special attention? **YES/Si NO**

*¿Tiene su niña/o alguna enfermedad como asma, diabetes convulsiones, etc. que necesite cuidado?*

If yes, what? *Si la respuesta es sí, ¿Qué enfermedad?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Does your child have frequent toileting issues or accidents? **YES/SI NO**

 *¿Tiene su niño/a problemas ó accidentes frecuentemente para ir al baño*?

1. Does your child have up to date immunizations and Physical Exam? **YES/SI NO**

 *¿Tiene su niña/o todas sus vacunas al dia?*

**Please provide a copy of the Immunization record and last Physical Exam/**

***Por favor de presentar una copia de la targeta de vacunas y del último examen físico.***

**Certification: I certify that this information is true. If any part is false, my participation in this program may be terminated and I may be subject to suspension of Child Care services. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence within Gustine Adult School and is accessible to me during normal business hours.**

*Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si cualquier parte es falsa, mi participación en este programa puede ser terminada y puedo estar sujeto a suspensión de servicios de Cuidad Infantil. También comprendo que la información en esta solicitud será mantenida en estricta confidencia dentro de* ***Gustine Adult School*** *y estara disponible para me durante horas hábiles.*

Parent/Guardian Signature|Firma de padre:

Printed Name|Nombre Impreso:

***SCHOOL PERSONNEL ONLY***

**IMMUNIZATION and HEALTH REQUIREMENTS FOR CHILDREN** Check Boxes for Met Requirements

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AGE** | **POLIO** | **DTP/DTaP** | **Hib** | **MMR** | **Hep B\*** | **VARICELLA** | **TB Test** | **Physical Exam** |
| 18 months-5yrs |  |  |  | After 1st birthday |  |  |  |  |

Staff Signature: Printed Name: