



The Learning Center

Programa de Vacaciones del Día Acción de Gracias

Yo doy mi permiso de niño a participar en el programa de vacaciones de invierno

Sesión Requerida:

Medio Dia

6:00a -12:00p 9:00a -3:00p 12:00p -6:00p 6:00a – 3:00p

Día Completo

6:00a – 6:00p

Escuela: _____

Nombre Del Estudiante _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre Padre/Guardián (Letra de molde) _____ Número de identificación del Estudiante _____

Dirección de casa _____ Ciudad _____ Zip _____

Teléfono De Casa _____ Teléfono de trabajo _____ Celular _____

En caso de Emergencia Llamar a:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono: Trabajo/Casa/cell _____

¿Su hijo tiene cobertura de salud? Si No

Nombre de Seguro médico # de póliza _____ Nombre de Asegurados Primarios _____

Historia médica que puede ser de importancia _____ Está tomando medicamentos el estudiante _____

Lista de Alergias _____

Nombre de Doctor _____ Número de Teléfono _____

