

JARABACOA CHRISTIAN SCHOOL
REGISTRACION

Día de Aplicación _____

Becado/a: Sí ____ No ____

I. Favor de completar

Nombre del niño/a _____ **Apodo** _____

Escuela Anterior _____ Grado _____ Record de Notas _____

Lugar de Nacimiento _____ Día de Nacimiento _____

Edad _____

Dirección _____ Ciudad _____

Nombre del Padre _____ **Apodo** _____

Estado Matrimonial _____

Número De Pasaporte Cedula _____

Dirección (si es diferente) _____

Teléfono (____) _____ Día de Nacimiento _____ Condición de Salud _____

Correo Electrónico _____ Nivel Académico _____

Lugar de Trabajo _____

Teléfono del Lugar de Trabajo (____) _____ Horas de Trabajo _____

Ocupación _____ Religión _____

Nombre de la Madre _____ **Apodo** _____

Estado Matrimonial _____

Numero de cedula o Pasaporte _____

Dirección (si es Diferente) _____

Teléfono (____) _____ Día de nacimiento _____ Condición de Salud _____

Correo Electrónico _____ Nivel Académico _____

Lugar de Trabajo _____

Teléfono del Lugar de Trabajo (____) _____ Horas de Trabajo _____

Ocupación _____ Religión _____

Información para contactos de emergencia (preferible 2 personas para contactar)

Nombre _____

Relación de la persona con el niño _____

Dirección _____

Numero de la Casa (____) _____ Numero del Trabajo (____) _____

Nombre _____

Relación del Niño con la Persona _____

Dirección _____

Numero de la Casa (_____) _____

Numero del trabajo (_____) _____

II. Ponga una marca si su niño presenta algunas de estos problemas

_____ Desarrollo mental

_____ Problemas con la comida

_____ No sigue instrucciones a la figura autoritaria

_____ Hiperactividad/problemas de atención

_____ Problemas con el lenguaje

_____ Problemas con sus compañeros de clase

_____ Problemas de atención en la escuela

_____ Problemas de aprendizaje/problemas

académicos

_____ Otros (especifique)

III. Ha tenido su hijo/a alguna vez problemas presentados (en la lista) con mas frecuencia que los otros niños? Favor de marcar

_____ Alergia

_____ Dolor de Cabeza

_____ Dolor Estomacal

_____ Chupa el dedo

_____ Mareos

_____ Temblores

_____ Hiperactividad

_____ Asma

_____ Tatareo / Tartamudeo

_____ Dificultades visuales

_____ Piojos

_____ Infección en los Oídos

IV. complete las siguientes informaciones

Estatura del niño _____ peso _____ su hijo/a usa lentes si _____ No _____

medicamentos que usualmente usa:

1) _____ horas(s) _____

2) _____ hora(s) _____

3) _____ hora(s) _____

4) _____ hora(s) _____

¿Su hijo/a es alérgico a algún medicamento medico? si (cual) _____ no _____

Favor de describir algún otro problema medico _____

Favor de traer al colegio los siguientes documentos:

1. Certificado de nacimiento o pasaporte 2. Record de inmunización (record de vacunas)

3. Reporte de las calificaciones anteriores / record de la escuela 4. Fotos 2 x 2

Email: administration@jarabacoachrstianschool.org **Fax:** 1-(809) 574-6088 ext. 37

Mail: JCS Attn: Enrollment, Unit 3039-ECDR, 3170 Airmans Dr., Ft. Pierce, FL 34946

