



LITTLE BRAINS NURSERY & SCHOOL

Solicitud de Admisión

PEGAR FOTO

Primer Ingreso: _____ Re-ingreso: _____ Grado: _____
New Student Returning Student Grade

INFORMACION DEL SOLICITANTE / APPLICANT INFORMATION

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| Nombre del Estudiante: | | |
| <i>Student's Name</i> | <i>Primer Nombre / First Name</i> | <i>Segundo Nombre / Middle Name</i> |
| | | |
| | <i>Primer Apellido / First Last Name</i> | <i>Segundo Apellido / Second Last Name</i> |
| Fecha de Nacimiento: | | Edad al 31 de Octubre 2016 _____ |
| | <i>Día/Day Mes/Month Año/Year</i> | <i>Age at October 31, 2016</i> |
| Masculino <input type="checkbox"/> | Femenino <input type="checkbox"/> | País de Nacimiento _____ Nacionalidad _____ |
| <i>Male</i> | <i>Female</i> | <i>Country of Birth Citizenship</i> |
| Domicilio: _____ | | |
| <i>Home Address</i> | | |
| Teléfono de la Casa: _____ | | |
| <i>Home Phone</i> | | |
| El estudiante vive con: | Ambos Padres _____ | Padre _____ Madre _____ Otro (especifique) _____ |
| <i>Student lives with:</i> | <i>Both Parents</i> | <i>Father Mother Other (specify)</i> |

INFORMACION ACADEMICA / EDUCATIONAL INFORMATION

Para que nuestro personal pueda determinar y atender las necesidades de su hijo(a), le pedimos que contesten con sinceridad las siguientes preguntas. Si su hijo presentara alguno de los siguientes desafíos, se requerirá la documentación pertinente.

| | | |
|---|--|--|
| Problemas de aprendizaje <input type="checkbox"/> | Dislexia o problemas de lectura <input type="checkbox"/> | Problemas auditivos <input type="checkbox"/> |
| <i>Learning difficulties</i> | <i>Dyslexia or other reading difficulties</i> | <i>Hearing difficulties</i> |
| Limitaciones Físicas <input type="checkbox"/> | Problemas visuales <input type="checkbox"/> | |
| <i>Physical limitations</i> | <i>Sight difficulties</i> | |

INFORMACION FAMILIAR / FAMILY INFORMATION

Padre / Father ☐ or Tutor / Male Guardian ☐

Nombre / Name: _____

Domicilio, si es diferente a la del estudiante: _____
Home address if different from the student address _____

Lugar de trabajo: _____ Profesión/Oficio: _____
Father's Employer Profession/ Occupation

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____
E-mail

Madre / Mother ☐ or Tutor / Female Guardian ☐

Nombre / Name: _____

Domicilio, si es diferente a la del estudiante: _____
Home address if different from the student address _____

Lugar de trabajo: _____ Profesión/Oficio: _____
Mother's Employer Profession/ Occupation

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____
E-mail

Contacto de emergencia local que no sean los Padres / Tutores
Emergency contact other than parents / guardians

Nombre / Name: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____
Home telephone Business Phone

Celular: _____ Relación con el estudiante: _____
Cellular Relationship with student

Certifico que la información arriba mencionada está completa y exacta.
I certify that all the information provided on this application is complete and accurate.

INFORMACIÓN MEDICA/ HEALTH INFORMATION

1. Información General

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: Años _____ Meses _____

Sexo _____ Talla _____ Peso _____ Tipo de Sangre _____

2. Contacto de Emergencia

En caso de Emergencia contactar a

Contacto #1

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____/_____

Contacto #2

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono: _____/_____

3. Historial Medico

Escriba el nombre de las enfermedades que su hijo ha padecido en los ultimos 12 meses

Enfermedades que padece con mayor frecuencia

¿Padece alguna alergia? ¿A qué es alergico?

¿Hay algun motivo que le impida practicar ejercicio físico o que le produzca alguna molestia al practicarlo?

| MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA | SI | NO | MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA | SI | NO |
|--|----|----|---------------------------------------|----|----|
| Padece alguna enfermedad crónica | | | Es diabetico | | |
| Toma algun medicamento de forma regular | | | Sufre de Sobrepeso | | |
| Tiene alguna enfermedad pulmonar | | | Ha tenido alguna lesion | | |
| Tiene algún problema cardiaco | | | Es alergico(a) a algo | | |
| Le han operado alguna vez | | | Tienen Problemas alimenticios | | |
| Le da fiebre con frecuencia | | | Tiene anemia | | |
| Ha estado hospitalizado | | | Ha tenido Dengue, Chikungunya, o Zika | | |
| Padece de las vías respiratorias | | | Sufre ataques de asma | | |
| Ha recibido alguna vez transfusión de sangre | | | Sufre de desmayos | | |
| Se queja de dolor de cabeza constante | | | Es alergico a algun medicamento | | |

4. OTROS DATOS

Utilize este espacio para ampliar la información sobre cualquiera de las anteriores afecciones que su hijo padezca

Recomendaciones especiales