

USO DE LA OFICINA  
Fecha: \_\_\_\_\_



BLESSED TRINITY CATHOLIC SCHOOL  
Formulario de Inscripción  
**Cub Club**

Padre/Tutor:

\_\_\_\_\_

Apellido	Nombre
----------	--------

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Cód. Postal: \_\_\_\_\_

**Primer hijo:** \_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	Apodo (si es del caso)	Fecha de Nacimiento:
Grupo en preescolar: _____ Sexo: _____			

.....

**Segundo hijo:** \_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	Apodo (si es del caso)	Fecha de Nacimiento:
Grupo en preescolar: _____ Sexo: _____			

.....

**Tercero hijo:** \_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	Apodo (si es del caso)	Fecha de Nacimiento:
Grupo en preescolar: _____ Sexo: _____			

.....

**Servicios Deseados:**

Por favor marque los días que necesita la guardería y la hora aproximada de llegada y salida.

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Llegada _____	Llegada _____	Llegada _____	Llegada _____	Llegada _____
Salida _____	Salida _____	Salida _____	Salida _____	Salida _____

DIAS DE NO ESCUELA

OTROS DIAS

.....

**Costos:**

\$174 Por semana (5 días, + de 5 horas)

\$ 40 Por día (Menos de 5 días)

\$11/Hora (Menos de 5 horas)

Nombre del Padre:

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_  
Horario de trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_\_.

Nombre de la Madre:

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_  
Horario de trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_\_.

Estado civil: Casado Separado Divorciado Soltero

Los niños viven con: Ambos padres Padre Madre Otro

Por favor indique las personas a llamar cuando los padres no puedan ser contactados:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_.

.....

Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_.

Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_.

Hospital de preferencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_.

**Actualización de la Historia Médica:**

Indique las enfermedades de consideración, alergias-incluyendo alimenticias, u otros problemas relacionados en el año anterior:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Toma su niño algún medicamento? \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, indique por qué motivo \_\_\_\_\_.