



FORMULARIO DE INSCRIPCION / REGISTRATION FORM  
(If you would like an English version of this form please let us know)

Nombre de su hijo(a): \_\_\_\_\_

Fecha de iniciación preferida: \_\_\_\_\_

Horario deseado /desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono (celular): \_\_\_\_\_ Idioma(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo algún medicamento? \_\_\_\_\_

¿Tiene algun alergia? \_\_\_\_\_

¿Está vacunado? \_\_\_\_\_

¿Ha estado antes en la escuela? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono (oficina): \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono (oficina): \_\_\_\_\_

Casados: \_\_\_\_\_ Separados: \_\_\_\_\_ Divorciados: \_\_\_\_\_ Viudo(a): \_\_\_\_\_

Personas con quién vive el niño: \_\_\_\_\_

Persona a la cual se puede llamar en caso de emergencia (que **NO** sean los padres):

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Personas autorizadas a recoger al niño (que **NO** sean los padres):

Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia su Hospital de preferencia sería: \_\_\_\_\_

Como se enteró de Bright Young Minds™: \_\_\_\_\_