



## Programa de Aprovechamiento Día Extendido

### Inscripción 2020 - 2021

MATRÍCULA EN: ANTES DE ESCUELA:  DESPUÉS DE ESCUELA:  ANTES/DESPUES:

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ DIA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MAESTRO DE SALÓN: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

¿CON QUIÉN VIVE EL NIÑO? AMBOS PADRES  MADRE  PADRE  OTRO

NOMBRE DEL PADRE PRIMARIO/GUARDIÁN: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO CP: \_\_\_\_\_ DIRC. EMAIL: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL OTRO PADRE/GUARDIÁN: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO CP: \_\_\_\_\_ DIRC. EMAIL: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR \_\_\_\_\_

CONTACTOS DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DOCTOR FAMILIAR: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

PREOCUPACIONES MÉDICAS QUE DEBEMOS SABER DE (ALERGIAS, ETC.): \_\_\_\_\_

NOMBRES DE PERSONAS, OTROS QUE NO SEAN LOS PADRES, A QUIEN SU NIÑO PUEDA SER ENTREGADO:

\_\_\_\_\_

HERMANOS MATRICULADOS EN EDEP:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

AL FIRMAR ABAJO, YO POR ESTE MEDIO ESTOY DE ACUERDO Y OBLIGADO A CUMPLIR Y HE FIRMADO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA Y EL MANUAL DE LOS PADRES. YO TAMBIÉN ESTOY DE ACUERDO QUE CUALQUIER CHEQUE QUE SEA DEVUELTO POR NO SER PAGADO, PUEDE SER PRESENTADO DE NUEVO ELECTRONICAMENTE PARA EL PAGO, Y YO ESTOY DE ACUERDO QUE UN DEBITO SEPARADO ELECTRÓNICO DE LA CUENTA EN LA CUAL EL CHEQUE FUE HECHO PUEDE SER COBRADO POR CUALQUIER CUOTA DE SERVICIOS ASOCIADOS CON LA COLECCIÓN DE TALES CHEQUES SEGÚN SE DESCRIBEN EN EL PÁRRAFO 6 DE LOS TERMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA.

FIRMA: \_\_\_\_\_ NOMBRE IMPRESO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

#### SCHOOL USE ONLY

REGISTRATION PAID: DATE: \_\_\_\_\_

CASH:  CHECK:  NUMBER: \_\_\_\_\_

STUDENT ID #: \_\_\_\_\_