

**INFORMACIÓN DEL NIÑO**

Niño/a (Apellido, Nombre, 2<sup>ndo</sup> Inicial): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio/Ciudad: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Calle Cruzante: \_\_\_\_\_ Sexo: **Masculino** **Feminina**

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Tipo de Asiento: **Asiento de Infantes**  
**Silla de Ruedas**  
**Otro:**

Madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SERVICIOS**

PARA GRUPOS DE DESAROLLO	PARA GRUPO DE PADRES Y NIÑOS	PARA SERVICIOS RELACIONADOS
<b>LUGAR:</b>	<b>LUGAR:</b>	<b>LUGAR:</b>
Dirección:	Dirección:	Dirección:
LU hora: salida:	Día(s):	Días: LU MA MI
MA hora: salida:	Horario: a:	JU VI SA
MI hora: salida:	Frecuencia:	Horario: a:
JU hora: salida:	<i>Nombre de Padre/Padre Designado o Persona Identificado en e IFSP del Niño para Cabalgar Vehículo:</i>	<i>Nombre de Padre/Padre Designado o Persona Identificado en e IFSP del Niño para Cabalgar Vehículo:</i>
VI hora: salida:	Nombre:	Nombre:
	Relación:	Relación:

**LUGAR DE RECOGER**

**LUGAR DE REGRESO**

*Llene esta sección sólo si su niño lo van a recoger o dejar en una dirección que no sea su domicilio. (Condado de Orange Solamente)*

Persona Autorizada:	Persona Autorizada:
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Codigo Postal: /	Ciudad/Codigo Postal: /
Teléfono: Teléfono alternativo:	Teléfono: Teléfono alternativo:

**INFORMACIÓN DE OSC**

**ADVERTENCIAS MEDICAS/ESPECIALES**

Nombre de OSC: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Número de Contacto: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES Y FIRMAS**

**Todas las firmas son requeridaz para la validez**

Nombre de Padre / Tutor:	Firma: _____	Fecha: _____
EIOD Name:	EIOD Signature: _____	Date: _____
PrismaticSBL Verificaton:		