

REGISTRATION DEL CUIDADO DESPUÉS DE LA ESCUELA

ESCUELA SAINT GERARD MAJELLA

FECHA _____

Sólo para uso de oficina

Pago _____

No de Recivo _____

Dirección Postal de la FAMILIA _____

SR. / SRA. SRTA. : _____

DIRECCIÓN DE CORREO: _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELEFONO: CASA: _____ TRABAJO: _____ CELULAR: _____

1. NIÑO

Grado entrando en septiembre. _____

NOMBRE DE FAMILIA _____

APELLIDO DEL NIÑO _____

PRIMER NOMBRE _____

2. NIÑO

Grado entrando en septiembre. _____

NOMBRE DE FAMILIA _____

APELLIDO DEL NIÑO _____

PRIMER NOMBRE _____

3. NIÑO

Grado entrando en septiembre. _____

NOMBRE DE FAMILIA _____

APELLIDO DEL NIÑO _____

PRIMER NOMBRE _____

4. NIÑO

Grado entrando en septiembre. _____

NOMBRE DE FAMILIA _____

APELLIDO DEL NIÑO _____

PRIMER NOMBRE _____

Indique dos (2) o mas numeros de emergencia para llamar en caso que su niño(a) se enferme

1) NÚMERO DE TELÉFONO DE EMERGENCIA: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A CONTACTAR PARA EMERGENCIA: _____

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____

2) NÚMERO DE TELÉFONO DE EMERGENCIA: _____

NOMBRE DE LA PERSONA A CONTACTAR PARA EMERGENCIA: _____

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____

EL CARGO DE LA REGISTRACION NO ES REEMBOLSABLE