

# ¡Bienvenido a la Sala De Espera Para Niños!

Fecha	Nombre del Padre o Guardián	Relación con el Niño	
Domicilio		Ciudad	Código Postal
Celular o Beeper	Nombre de Contacto en Caso de Emergencia	Número Teléfono	
Hora de Llegada/Iniciales	Hora de Salida/Iniciales	Departamento de Corte	

## REGLAS PARA EL BIENESTAR DE TODOS...

(iniciales)

- \_\_\_\_\_ Si su hijo tiene una enfermedad contagiosa, el/ella no podrá usar la guardería. No se permiten medicamentos de ninguna clase en la guardería.
- \_\_\_\_\_ La persona que registra al niño y recibir el sello debe ser la misma persona, con sello todavía visible, que recoge al niño
- \_\_\_\_\_ Usted **DEBERÁ** quedarse en el juzgado mientras que su hijo está en la guardería y usted **DEBE recoger a su hijo antes de las 12:00 pm y antes de las 5:00 pm (Lu-Ju) y por 11:30 am el Viernes.**
- \_\_\_\_\_ Si el comportamiento de su hijo es inapropiado o si compromete la salud y el bienestar de los otros niños o de algún empleado del programa, nosotros nos comunicaremos con usted para que recoja a su hijo inmediatamente.
- \_\_\_\_\_ Se harán intentos para contactarlo en caso de que haya una emergencia que requiera atención médica para su hijo. Su firma debajo autoriza a los empleados de la guardería a que obtengan cuidado de emergencia médica para su hijo. Cualquier costo que resulte de la transportación y/o tratamiento de su hijo será totalmente su responsabilidad.
- \_\_\_\_\_ La guardería tiene un sistema de cámara de vigilancia durante las horas de operación del programa.

### Niño 1

Apellido (si diferente)	Nombre	Edad	Sexo M / F
¿Alergias? Sí / No	¿A Qué?	Reacción	
Necesidades Especiales/Condiciones Medicas		Idioma Primario	
Horario/Plan de comida para el infante		Uso del Personal: El sello publicó	

(complete el reverso si trae más de un niño)

He leído y entendido las reglas de la guardería de niños y me comprometo a cumplirlas. Entiendo que si no cumplo con estas reglas puedo perder el privilegio de utilizar la guardería. Asimismo, me comprometo a mantener a la guardería, KidCentric, la Corte Superior del Condado de Sonoma y/o cualquiera de sus oficiales, agentes o empleados libres de cualquier responsabilidad que pueda surgir de reclamos, pérdidas, o daños que surjan o resulten del uso del servicio de guardería.

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

FECHA

### Niño 2

Apellido (si diferente)		Nombre		Edad	Sexo M / F
¿Alergias? Sí / No	¿A Qué?		Reacción		
Necesidades Especiales/Condiciones Medicas				Idioma Primario	
Horario/Plan de comida para el infante				Uso del Personal: El sello publico	

### Niño 3

Apellido (si diferente)		Nombre		Edad	Sexo M / F
¿Alergias? Sí / No	¿A Qué?		Reacción		
Necesidades Especiales/Condiciones Medicas				Idioma Primario	
Horario/Plan de comida para el infante				Uso del Personal: El sello publico	

### Niño 4

Apellido (si diferente)		Nombre		Edad	Sexo M / F
¿Alergias? Sí / No	¿A Qué?		Reacción		
Necesidades Especiales/Condiciones Medicas				Idioma Primario	
Horario/Plan de comida para el infante				Uso del Personal: El sello publico	

#### SOLOMENTE USO DEL PERSONAL

Parent/Guardian's Photo/ID #
Photo and Number confirmed at Check-in (initials)
Photo and Number confirmed at Check-out (initials)