**El formulario de Registración debe tener estos documentos cuando se entregue. (These documents must be submitted with the registration.)**

\_\_Certificado de nacimiento (child’s birth certificate – US only)

\_\_Prueba de domicilio de los padres (parents’ proof of residence)

\_\_Prueba de ingreso de los padres (parents’ proof of income)

**WONDERFUL DAYS PRESCHOOL, INC.**

161 Church Street, Marietta GA 30060

School Phone: (770)428-9961

**REGISTRACIÓN/REGISTRATION: \_\_3’s \_\_4’s**

**Año Escolar/School Year: 201\_\_/201\_\_**

**REGISTRACIÓN/REGISTRATION**

**Año Escolar/School Year: 201\_\_/201\_\_**

**INFORMACION DE MADRE, PADRE O ENCARGADO/PARENT OR GUARDIAN INFORMATION:**

Madre/Mother: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pais de Orígen/Home Country

Apellido/Surname Primero/First Medio/Middle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beneficios: Nombre: Número de caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección de Domicillio/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residence Address: Calle/Street # de Apt./Casa Apt./House # Ciudad/City Código Postal/Zip Code

Teléfono de la Casa/Home Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Celular/Cell Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación/Occupation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de trabajo/Place of Employment \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono/Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo/Employer’s Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nύmero/# Calle/Street Ciudad/City Código Postal/Zip Code

Padre/Father: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudadano de E.U./U. S. Citizen?

Apellido/Surname Primero/First Medio/Middle ( ) Sí ( ) No

Dirección de Domicillio/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residence Address: Calle/Street # de Apt./Casa Apt./House # Ciudad/City Código Postal/Zip Code

Teléfono de la Casa/Home Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del Celular/Cell Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación/Occupation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar de trabajo/Place of Employment \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono/Phone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo/Employer’s Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero/# Calle/Street Ciudad/City Código Postal/Zip Code

**INFORMACION DEL ESTUDIANTE/CHILD’S INFORMATION:**

(Favor de escribir el nombre como aparece en el Certificado de Nacimiento/Please print name exactly as it appears on the birth certificate.)

Nombre/Name:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudadano de E.U./ U. S. Citizen? Apellido/Surname Primero/First Medio/Middle ( ) Sí ( ) No

Fecha de Nacimiento/Date of Birth: - - Sexo/Sex: [ ]masculine/male [ ]femenina/female

mes/mm) – dia/dd – año/yyyy

Dirección de Domicillio/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residence Address: Calle/Street # de Apt./Casa Apt./House # Ciudad/City Código Postal/Zip Code

Idioma Principal/Primary Language: \_\_\_inglés/English \_\_\_ español/Spanish \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otro/other

Distrito Escolar \_\_ Marietta City Schools \_\_Cobb County Schools (Especifíque/specify)

**INFORMACION FAMILIAR/FAMILY INFORMATION:**

Custodia Legal del estudiante/Person Responsible for Student:

[ ]Ambos Padres/Both Parents [ ]Madre/Mother [ ]Padre/Father [ ]Otra/Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Especifíque/Specify)

Con quién vive el estudiante/Student’s living arrangements:

[ ]Ambos Padres/Both Parents [ ]Madre/Mother [ ]Padre/Father [ ]Otra/Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Especifíque/Specify)

Hermanos que viven en la misma casa/other children in the family living at home:

Nombre/Name Fecha De Nacimiento/Birthdate Sexo/Sex Asistió A Wondeful Days/attended WDP

1.

2.

3.

4.

5.

Revisada en Enero 26,2017

**Registración/Registration – Página 2/Page 2**

**INFORMACION MEDICA/MEDICAL INFORMATION:**

Nombre del médico o de la clínica del niño(a)/Name of child’s physician/clinic/primary health source:

Teléfono/Phone #:

Dirección/Address:

Calle/Street Ciudad/City Código Postal/Zip Code

Fecha del ύltimo chequeo físico/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date of last full health screening: (mm-dd-año/year) (Doctor) (Clínica/Clinic)

Mi niño(a) tiene las siguientes necesidades especiales/My child has the following special needs:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma Medicamentos/Takes Medication: ( ) No ( ) Sí Especifíque/Specify: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alérgico a algύn Alimento/Food Allergies: ( ) No ( ) Sí Especifíque/Specify: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condiciones Médicas/Medical Conditions: ( ) No ( ) Sí Especifíque/Specify: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PERSONAS AUTORIZADAS A LLEVAR Y A BUSCAR A MI HIJO(A)/CHILD MAY BE RELEASED TO THE PERSON SIGNING THIS AGREEMENT OR TO THE FOLLOWING PERSON(S):**

**Nombre/Name Teléfono/Phone Relación/Relationship**

**CONTACTOS DE EMERGENCIA/Emergency Contacts** (Favor de informar a la escuela cualquier cambio)

Nombre Dirección Teléfono Relation

1.

2.

***Puedo comprobar que toda la información dada en esta aplicación es precisa y sujeta a verificación. La información falsa relacionada con dirección de domicilio, empleo e ingresos económicos serán razón para destituir immediatamente a mi hijo(a) de la escuela. Entiendo que este formulario no garantiza la admision a Wonderful Days Preschool. Concedo el permiso para que mi hijo(a) se beneficie de la transportación escolar en el autobύs de WDP para ir y regresar de la escuela y para ir a los paseos extracurriculares durante todo el año escolar. Yo acepto que los acompañantes, personal de la escuela y la inglesia de St. James son inofensivos y los exhonero de cualquier accidente o situación que puedan surgir en ausencia de negligencia. Doy permiso para buscar atención médica para mi hijo(a) de ser necesario, pero no podrán administrar medicamentos. Me comprometo a actualizar de inmediato cualquier cambio en la información proveida en este document.***

*I certify that all information given on this application is accurate and subject to verification and that any false information given (including but not limited to residence address, employment, income, and citizenship status) will immediately disqualify my child from enrollment in the school. I understand that completion of this form does not guarantee placement in Wonderful Days Preschool. I hereby grant permission for my child to travel on the school bus and to participate in special programs and field trips during the school year. I affirm and agree that the chaperones, staff and St. James Episcopal Church are to be held harmless for all injuries that may occur in the absence of gross neglect on their part. The chaperones and staff have permission to seek medical attention from qualified medical personnel if necessary. WDP staff may not administer medications.* ***I agree to notify the school PROMPTLY of any changes in the information provided in this document and understand that failure to do so may result in withdrawal of my child from the program.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (Padre, Madre o Encargado)/Parent/Guardian Signature Fecha/Date