



**Parent University Childcare
Emergency & Identification Information
February 1, 2020 at Seaside High School**

CHILDREN'S INFORMATION:

Name	Gender	Birthday	Toilet Trained?
Child 1: _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Child 2: _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Child 3: _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Please list any allergies to medications, foods, or environment, such as bee stings, etc. that your child may have. Please include any special needs or conditions we should know about:

GUARDIANS' INFORMATION:

1. Guardian's Name: _____ Relationship: _____

Address: _____ Phone Number: _____

2. Guardian's Name: _____ Relationship: _____

Address: _____ Phone Number: _____

EMERGENCY CONTACTS (other than guardians):

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

PICK UP AUTHORIZATION:

(Only persons listed below will be allowed to pick up your children from the program. Written authorization must be provided for additional persons prior to pick up. Identification will be required)

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Name: _____ Phone: _____ Relationship: _____

Guardian Signature

Date



**Cuidado De Niños de la Universidad para Padres
Emergencia e Información de Identificación**
1 de febrero de 2020, en la escuela de Seaside High

INFORMACIÓN DE NIÑOS:

Nombre	Género	Fecha de Nacimiento	¿Entrenado para ir al baño?
Hijo/a 1: _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo/a 2: _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hijo/a 3: _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor escriba toda alergia a medicamentos, alimentos o ambientales, como piquetes de abeja, etc. que tenga su hijo/a. Incluya toda necesidad o condición particular que debamos conocer:

INFORMACIÓN DE GUARDIÁN:

1. Nombre del guardián: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

2. Nombre del guardián: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA (aparte los guardianes):

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

AUTORIZACIÓN PARA RECOGER:

(Solamente las personas mencionadas abajo podrán recoger al niño/a del programa. Cualquier otro debe presentar autorización por escrito y se puede requerir identificación.)

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Firma del Guardián

Fecha