

PLANILLA DE INGRESO

DATOS DEL NIÑO

Nombre y Apellido: _____ Edad: _____

Nombre y Apellido del padre: _____

Teléfono: _____

Nombre y Apellido de la madre: _____

Teléfono: _____

Lugar donde se alojan: _____

SERVICIOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medio día | <input type="checkbox"/> Día completo |
| <input type="checkbox"/> 3 medios días | <input type="checkbox"/> 3 días completos |
| <input type="checkbox"/> Semanal de medio día | <input type="checkbox"/> Semanal de día completo |

HABITOS

¿Ingiere alimentos sólidos? _____ ¿Cuáles? Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Merienda: _____

Lactancia: Materna Mixta Frecuencia: _____

Mamadera CC de Agua: _____ Cantidad de leche en polvo: _____

Sueño: ¿Usa chupete? Si No ¿Le gusta que lo arrullen? Si No ¿y/o nana? Si No

¿Cómo duerme?: _____

Medicamentos: ¿Toma algún medicamento? Si No ¿Cuál?: _____

¿Con qué frecuencia? _____

EL PERSONAL DE LA GUARDERÍA NO ESTÁ AUTORIZADO A SUMINISTRAR NINGUN TIPO DE MEDICACIÓN

GUSTOS

¿Le gusta estar con otros chicos? _____ ¿Le gusta cantar y bailar? _____

¿Cuál es su juego o actividad preferida? _____

AUTORIZACIONES

Personas autorizadas a retirar el niño:

Firma del Padre y/o Madre _____

Aclaración _____

DNI _____

