



Plaza Paseo Costa Verde, planta alta
 Boulevard Costa Verde, La Chorrera
 hello@geniuskidz.com.pa
 Tel.: 832-2283
 WhatsApp: 6983-1591

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / ENROLLMENT FORM

INFORMACIÓN DEL NIÑO(A) <i>Child's information</i>			
Nombre completo de su hijo(a) <i>Your child's full name</i>		Fecha de nacimiento <i>Date of birth</i> _____ dd/mm/yyyy	
Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Tipo sanguíneo <i>Blood type</i>	Cédula/pasaporte <i>ID/passport</i>
Idioma(s) <i>Language(s)</i>	Nacionalidad <i>Nationality</i>	Horario deseado <i>Preferred schedule</i>	
¿Toma su hijo algún medicamento? <i>Does your child take any medication?</i>		<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	
Si su respuesta es afirmativa, por favor explique qué medicamento y para qué padecimiento <i>If your answer is yes, please explain what medication and for what condition</i>			
¿Es alérgico(a) a algo? <i>Does your child have any allergies?</i>		<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	
Si su respuesta es afirmativa, por favor explique a qué es alérgico(a) <i>If your answer is yes, please explain</i>			
¿Tiene su hijo(a) sus vacunas al día? Por favor adjunte copia de la tarjeta de vacunas de su hijo(a) <i>Are your child's vaccines up-to-date?</i> <i>Please provide a copy of your child's vaccination card</i>		<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	
¿Ha estado antes en alguna escuela o guardería? <i>Has your child attended any school or daycare previously?</i>		<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	
INFORMACIÓN DE LA MADRE <i>Mother's information</i>			
Nombre completo de la madre <i>Mother's full name</i>		Cédula/pasaporte <i>ID/passport</i>	
Teléfono (celular/oficina) <i>Cell/office phone</i>	Correo electrónico <i>Email</i>		
Dirección completa <i>Full address</i>			
INFORMACIÓN DEL PADRE <i>Father's information</i>			
Nombre completo del padre <i>Father's full name</i>		Cédula/pasaporte <i>ID/passport</i>	
Teléfono (celular/oficina) <i>Cell/office phone</i>	Correo electrónico <i>Email</i>		
Dirección completa <i>Full address</i>			
INFORMACIÓN ADICIONAL <i>Additional information</i>			
Estado civil de los padres <i>Parents' marital status</i>	<input type="checkbox"/> Casados <i>Married</i> <input type="checkbox"/> Unidos <i>Civil union</i> <input type="checkbox"/> Separados <i>Not together</i> <input type="checkbox"/> Divorciados <i>Divorced</i> <input type="checkbox"/> Viudo(a) <i>Widower</i>	Personas que viven con el niño(a) <i>People living with the child</i>	Parentesco <i>Relationship</i>



Plaza Paseo Costa Verde, planta alta
 Boulevard Costa Verde, La Chorrera
 hello@geniuskidz.com.pa
 Tel.: 832-2283
 WhatsApp: 6983-1591

CONTACTOS ADICIONALES <i>Additional contact information</i>			
Personas a las cuales se les puede llamar en caso de emergencia (que NO sean los padres) <i>People to contact in case of emergency (OTHER than the parents)</i>	Nombre <i>Name</i>	Teléfono <i>Phone number</i>	Parentesco <i>Relationship</i>
Personas autorizadas a recoger el niño(a) <i>People authorized to pick up the child</i>	Nombre <i>Name</i>	Cédula/pasaporte <i>ID/passport</i>	Teléfono <i>Phone number</i>
Información del pediatra o médico de cabecera <i>Information of pediatrician or primary care physician</i>	Nombre <i>Name</i>	Teléfono <i>Phone number</i>	Clínica u hospital donde atiende <i>Clinic or hospital</i>
En caso de emergencia su hospital de preferencia sería: <i>Preferred hospital in the event of an emergency</i>			
¿Cómo se enteró de nosotros? <i>How did you hear about us?</i>			
¿Nos autoriza a utilizar fotos de su niño(a) tomadas en Genius Kidz para material publicitario? <i>Do you authorize us to use photographs of your child taken at Genius Kidz in promotional materials?</i>			<input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No
Declaro que la información proporcionada a Genius Kidz en este formulario es correcta. <i>I hereby declare that the information provided to Genius Kidz in this form is correct.</i>			
_____ Firma de la persona que llenó este formulario <i>Signature of the person who completed this form</i>			
_____ Nombre en letra impresa de la persona que llenó este formulario <i>Printed name of the person who completed this form</i>			
_____ Fecha <i>Date</i>			
USO INTERNO SOLAMENTE OFFICE USE ONLY			