



Child PRE-Enrollment Application

Received By _____

Date Received _____

First Name _____

Middle/*Nombre de Medio* _____

Last Name/*Apellido* _____

Nickname/*Apodo* _____

DOB: _____ Age: _____ Sex: Female Male Lives with: _____

Schedule

	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday
Drop-Off					
Pick-Up					

Does your child have any medical conditions or Allergies that LCLDC should be made aware of? _____

Has your child received or receiving any services? If yes, explain. _____

Has your child been in a previous daycare? How old? How long? When? _____

Does your child have any challenges in any areas of their growth? Do you have any concerns? _____

How does your child act when they are:

Calm- _____

How do you help? _____

Happy- _____

How do you help? _____

Sad- _____

How do you help? _____

Mad- _____

How do you help? _____

Tired- _____

How do you help? _____

When they want something- _____

How do you help? _____

Re-directed- _____

How do you help? _____

Over stimulated- _____

How do you help? _____

How does your child learn best? _____

What are your goals for your child? _____

Contacts	
Father/Guardian	Mother/Guardian
Cell #:	Cell #:
Place of Employment:	Place of Employment:
Work #:	Work #:
Email:	Email:

Parent/Guardian's Signature: _____

Date: _____

There is a \$50 Application Fee



Aplicación de Pre-Inscripción de Estudiante

Received by _____

Date Received _____

Primer Nombre _____

Medio Nombre _____

Apellido _____

Apo _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Femenino Masculino Vive con: _____

Horario

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Entrada					
Salida					

Su hijo tiene alguna condicion medica o alergia que deba conocer? _____

Ha recibido o esta recibiendo su hijo algún servicio? Si, explique: _____

Ha estado su hijo en una guardería anterior? A los cuantos años? Cuanto tiempo? Cuando? _____

Tiene su hijo algún desafío en alguna área de su crecimiento? Tienes alguna inquietud? _____

Como actúa su hijo cuando esta:

Tranquilo/a- _____

Como ayuda? _____

Feliz- _____

Como ayuda? _____

Triste- _____

Como ayuda? _____

Enojado/a- _____

Como ayuda? _____

Cansado/a- _____

Como ayuda? _____

Cuando quiere algo- _____

Como ayuda? _____

Redirigido/a _____

Como ayuda? _____

Sobre Estimulado- _____

Como ayuda? _____

Que manera aprende mejor? _____

Cuales son su metas para su hijo/a _____

Contactos

Padre/Guardian: _____

Madre/Guardian: _____

Celular: _____

Celular: _____

Lugar de Empleo: _____

Lugar de Empleo: _____

#Trabajo: _____

#Trabajo: _____

Correo Electronico: _____

Correo Electronico: _____

Firma de Padre/Guardian: _____

Fecha: _____

Ay un Cobro de \$50 por Aplicacion