

Hoja de Información del niño en K-Care
09/10

Nombre del niño(a) _____

Apodo _____

Fecha de nacimiento _____

Alergias/Cosas que no debe comer

Mi hijo(a) asistirá a K-Care (ponga un círculo)

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Después o antes de K-Care mi hijo(a) irá al salón
de... (ponga un círculo)

Batya o Kiley's (BCSIS) Mrs. Butterfield's (High Peaks)

Casa Programa de la YMCA Otra cosa _____

Me gustaría compartir lo siguiente sobre mi hijo(a)

(por favor use el otro lado de esta página si es
necesario)