



Fecha de inscripción: _____

Museo del Niño de Jackson Hole

Información y Formulario Médico – SIN CAMBIOS

Yo, _____ certifico que desde la última ocasión que inscribí a mi hijo/a _____, en un programa del Museo del Niño de Jackson Hole (JHCM, por sus siglas en inglés), NO ha habido cambios en la siguiente información, (por favor añada sus iniciales donde corresponda):

- ___ Domicilio físico
- ___ Información de contacto del padre/madre/tutor legal
- ___ Información del contacto de emergencia
- ___ Personas autorizadas (para recoger a su hijo/a)
- ___ Información Médica y de Salud
- ___ Información sobre alergias
- ___ Información sobre medicamentos
- ___ Información sobre el médico de su hijo/a
- ___ Información sobre el dentista de su hijo/a
- ___ Disposición o capacidad para participar en el Acuerdo de Procedimientos COVID

Por favor tenga en cuenta que: cada vez que se ingrese a un nuevo programa se deberá completar el formulario: Cuestionario y Exención de Responsabilidad JHCM.

Doy permiso a mi hijo/a a participar en todas las actividades de JHCM, incluyendo excursiones, así como a utilizar el jardín infantil y campo de Jackson Elementary. Hago constar que toda la información en este formulario es correcta y complete y que no he retenido información alguna.

Padre o Madre 1:

Padre o madre 2:

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

Nombre impreso: _____

Nombre impreso: _____