

**UNIDAD DE PARALISIS CEREBRAL
BIBLIOTECA DE JUGUETES
FORMA DE REGISTRACION**



Fecha: _____

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diagnostico: _____

Nombre de los padres o tutor: _____

Militar: Si No

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Hermanos/Hermanas: Yes No

Nombres y edades: _____

Numero de teléfono para comunicarnos mejor con usted: _____

¿Es este un teléfono celular? Si No

Método de contacto preferido: Texto Llamada Coreo Electrónico

Correo electronico: _____

Visión:

Tiene el niño/a alguna dificultad con la visión? Si No

Audiencia:

Tiene el niño/a alguna dificultad con la audición? Si No

Motricidad Gruesa:

Como le gustaría ver crecer al niño/a en esta área?

Motricidad Fina:

Hay un área que le gustaría que el niño/a mejorara?

Historial Étnico:

Afro Americano Blanco Asiático Hispano/Latino

Indio Americano Desconocido Otro _____

**UNIDAD DE PARALISIS CEREBRAL
REGLAS DE BIBLIOTECA DE JUGUETES**



- **Hay una cuota de inscripción anual de \$20 dólares.**

- **Los juguetes se prestan durante 2 semanas a menos que se acuerde lo contrario con el coordinador de la biblioteca de juguetes.**

- **Por favor llámé o envié un correo electrónico al coordinador si usted no puede hacer horario para devolver los juguetes.**

- **Si otra familia solicita juguetes, el coordinador se comunicara con usted para devolver los juguetes después de 2 semanas.**

- **Suceden accidentes: entiendo que se puede solicitar una donación si se requieren reparaciones o reemplazo de los juguetes.**

- **Informe al coordinador de la biblioteca de juguetes si hay algún problema con un juguete.**

- **Para prevenir la propagación de gérmenes, los juguetes deben devolverse limpios (no desinfectados; limpiaremos y desinfectaremos todos los juguetes sucios los viernes). Cuando su hijo/a este enfermo, por favor menciónelo al coordinador.**

Por favor tenga en cuenta al obtener los juguetes. Cuando usted no devuelve los juguetes a tiempo, otros niños/as que están en el programa se perderán de los juguetes que usted tiene. Este programa está financiado y no se puede reemplazar los juguetes con frecuencia.

He leído las reglas y acepto seguirlas. Entiendo que, si no lo hago, el coordinador de la biblioteca de juguetes puede restringir mis oportunidades de tomar prestados juguetes.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____

No llene a continuación

Sitio: _____

Pagado: [] Beca: []