



## Medical Declaration Statement for School-Age Child Care

### *Declaración Medica para el cuidado de Niños de Edad Escolar*

2404 Bergenline Avenue, Union City, NJ

201-348-1500 | [shinedaycare@gmail.com](mailto:shinedaycare@gmail.com)

Please return filled form (Please Print) / Regrese el formulario lleno (Escriba en letra de molde).

Name of child: \_\_\_\_\_ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grade in September / Grado escolar en Septiembre \_\_\_\_\_

Is your child under any medical / physical restriction(s)? / Su niño(a) tiene alguna condición(es) médica(s) o restricción(es) física(s)?  Yes/ Si  No

If Yes, check all that apply / Si respondió Si, marque la que aplica:

Asthma / Astma  Hearing Loss / Pérdida de audición  Diabetes / Diabetis

Convulsions / Convulsiones  Other / Otra Please List / Favor Escríbala: \_\_\_\_\_

Is your child taking any medication? / Esta su niño tomando algun medicamento?  Yes / Si  No

Has your child been under a doctor's care or hospitalized the last three years? / Su niño ha estado bajo cuidado de un doctor u hospitalizado durante los últimos 3 años?  Yes / Si  No

Is your child allergic to any medications / foods / insect stings? / Su niño es alérgico a algún medicamento / comida / picada de insecto?  Yes / Si  No

Family Doctor's Name / Nombre del doctor de la Familia: \_\_\_\_\_

Telephone Number / Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

As a parent/guardian of the above participating child, I certify that he/she is in good physical health, has no special needs, and may participate in all the activities of the Center's program, except as noted above.

Como padre/ guardián del niño(a), Yo certifico que el/ella se encuentra en buen estado de salud, no tiene necesidades especiales, y puede participar en todas las actividades del programa del centro, excepto las que estén aquí mencionadas.

Name of Parent(s) or Legal Guardian Signature / Firma del Padre / Guardian \_\_\_\_\_

Date / Fecha \_\_\_\_\_