|  |  |
| --- | --- |
| **Child’s Name (Last, First)** | **Child Nickname** |
| **Date of Birth** |  **Schedule Selection** **3-Day (circle 3 days) M T W Th: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **4 Day: \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  **Age at Entry** |
| **ALLERGY ALERT** | **Does your child have allergies?    YES    NO** |
| **Parent or Guardian Contact Information** |
| **Name (First, Last)** | Relationship |
| Home Address (Street, City, Zip) |
| Home Phone  | Cell Phone  |  Email Address |
| Employer and Work Hours  |   Address (Street, City, Zip)  |  Work Phone |
| **Name (First, Last)** | Relationship |
| Home Address (Street, City, Zip) |
| Home Phone  | Cell Phone  |  Email Address |
| Employer and Work Hours  |  Address (Street, City, Zip)  |  Work Phone |
| **Required Emergency Contact Information**  |
| Name (First, Last)  |  Phone  | Relationship  |
| **Non‐Emergency Contact Information** – person other than parent or guardian that is authorized to pick up child |
| Name (First, Last)  |  Phone  | Relationship  |
| Name (First, Last)  |  Phone  | Relationship  |
| **Medical/Dental Contact Information** |
| Insurance Provider and Policy Information (if applicable) |
| Primary Physician Name  | Phone  |
| Dental Provider   | Phone  |
| **Parent or Guardian Emergency Authorization** |
| **In an emergency**, Lucky Ducklings has my permission to call 9-1-1 which may result in emergency care.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parent/Guardian Signature              Date  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Other Children in the Home**  |  |
| **Name (first, Last)** | **Age** |
| **Name (first, Last)** | **Age** |
| **Name (first, Last)** | **Age** |

|  |
| --- |
| **Child General Information –** please include all information that will assist us in providing quality care for your child  |
| **Likes and dislikes** |
| **Favorites activities** |
| **Fears** |
| **How your child like does to be comforted when upset?** |
| **Child’s home language** |
| **Special word and their meanings** |
| **Are there family cultural backgrounds, traditions, beliefs, or interests that you would like to share with us?** |
| **Does your child have any educational special needs (IFSP, etc.) No   Yes    If yes, List any health partners or providers you would like us to know about.** |