EL BEBE DAYCARE CENTER

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Child Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

The deadline to provide the requested information is **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**. For compliance with DCYF regulations we need all information and files to be completed and up to date every year. Paperwork can be submitted in person, via email or fax.

***IF YOU HAVE ALREADY SET AN APPOINTMENT FOR YOUR CHILDS PHYSICAL, PLEASE PROVIDE PROOF OF APPOINTMENT TO OUR OFFICE****.*

\_\_\_ UPDATED PHYSICAL

\_\_\_ IMMUNIZATION RECORDS

\_\_\_FLU VACCINE

\_\_\_COVID VACCINE (Strongly Encouraged)

\_\_\_EMERGENCY TREATMENT AUTHORIZATION

La fecha límite para proporcionar la información solicitada es **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** Para cumplir con las regulaciones de DCYF, necesitamos que toda la información y los archivos se completen y estén actualizados cada año. La documentación se puede entregar en persona, por correo electrónico o fax.

***SI YA HA ESTABLECIDO UNA CITA FÍSICA PARA SU HIJO, PROPORCIONE UN*** ***COMPROBANTE DE CITA EN NUESTRA OFICINA.***

\_\_\_ FÍSICO ACTUALIZADO

\_\_\_ REGISTROS DE IMMUNIZACION

\_\_\_ VACUNA CONTRA LA GRIPE

\_\_\_ VACUNA CONTRA EL COVID (se recomienda)

\_\_\_ AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Thank you!