

## USD 470 Ark City PreK Change of Status

<b>Child's Name:</b> _____		<b>Effective Date:</b> _____	
<b>Address or Phone Change</b>			
<b>New Address:</b> _____			
<b>New Phone:</b> _____ Circle: Home Work Cell Message			
<b>Change in Household (i.e. birth, marriage)</b>			
Date: _____		Type of Change _____	
Name: _____		SSN: _____	
<b>Change Bus Pick up/Drop Off Location</b>			
Pick Up: _____		Drop Off: _____	
<b>Emergency Contact /Release of Child Information</b>			
Delete <input type="checkbox"/>	Name		Home Phone
	Address		Cell Phone
Add <input type="checkbox"/>	City		Work Phone
	Relationship		Message Phone
Delete <input type="checkbox"/>	Name		Home Phone
	Address		Cell Phone
Add <input type="checkbox"/>	City		Work Phone
	Relationship		Message Phone
Delete <input type="checkbox"/>	Name		Home Phone
	Address		Cell Phone
Add <input type="checkbox"/>	City		Work Phone
	Relationship		Message Phone
<b>Health Care Provider Information</b>			
Physician <input type="checkbox"/>	Name		Phone
Dentist <input type="checkbox"/>	Address		Fax
Delete <input type="checkbox"/>	City		Specialty
Add <input type="checkbox"/>	State	Zip	
Physician <input type="checkbox"/>	Name		Phone
Dentist <input type="checkbox"/>	Address		Fax
Delete <input type="checkbox"/>	City		Specialty
Add <input type="checkbox"/>	State	Zip	
_____ Signature of Parent/Guardian			

**USD 470 Ark City PreK  
El Condición de Modificar**

<b>Nombre de niño(a)</b>		<b>La Fecha</b>	
<b>Modificar la Dirección o Teléfono</b>			
Dirección _____			
La telephono nuevo _____ Circulo: el Hogar el Trabajo Teléfono celular			
<b>Modificar miembros del hogar (por exemploy nacimiento o matrimonio)</b>			
La Fecha: _____		Tipo de Modificar _____	
El Nombre _____		SSN: _____	
<b>Modificar la dirección para autobus de escolar</b>			
Localización donde lo levanta _____		Localización donde lo deja _____	
<b>Las personas de contacto para emergencias o quien pueden levantar</b>			
Eliminar <input type="checkbox"/>	El nombre		Teléfono
	Dirección		Teléfono celular
Añadir <input type="checkbox"/>	Ciudad		Teléfono de trabajo
	Relacion con el niño		Teléfono de mensaje
Eliminar <input type="checkbox"/>	El nombre		Teléfono
	Dirección		Teléfono celular
Añadir <input type="checkbox"/>	Ciudad		Teléfono de trabajo
	Relacion con el niño		Teléfono de mensaje
Eliminar <input type="checkbox"/>	El nombre		Teléfono
	Dirección		Teléfono celular
Añadir <input type="checkbox"/>	Ciudad		Teléfono de trabajo
	Relacion con el niño		Teléfono de mensaje
<b>Servicios de la salud fisica</b>			
Doctor <input type="checkbox"/>	El Nombre		Teléfono
Dentista <input type="checkbox"/>	Dirección		Facsímil
Eliminar <input type="checkbox"/>	Ciudad		Especialidad
Añadir <input type="checkbox"/>	Estado	Codígo Postal	
Doctor <input type="checkbox"/>	El Nombre		Teléfono
Dentista <input type="checkbox"/>	Dirección		Facsímil
Eliminar <input type="checkbox"/>	Ciudad		Especialidad
Añadir <input type="checkbox"/>	Estado	Codígo Postal	
_____ Firma de Padre(s)/Guardian Legal			