

OFFICE OF COMMUNITY RESOURCE DEVELOPMENT



Registro antes / después de la escuela 2019-2020

Enviar Para: CRD 73 Mt. Wayte Ave Suite 5 Framingham MA 01701 o traer este papeleo a la escuela del estudiante

Días antes de la escuela (mínimo de 2): Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Fecha de inicio solicitada: _____

Días después de la escuela (mínimo de 2): Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Fecha de inicio solicitada: _____

Nombre del Niño _____ Edad _____

Apellido Primer Segundo

Fecha de Nacimiento _____ Grado _____ Escuela _____ Maestra _____

Sala Hogar _____ Bus _____

Dirección _____ Framingham, MA Código Postal _____

Masculino Femenino Color de Pelo _____ Color de los Ojos _____ Lunares _____

Idiomas hablados: _____

Padre o Guardián (1)

Relación al Niño: Madre Padre Abuelo/a Otro Miembro Familiar Familia Adoptiva Otro

Autorizado para recoger al niño del programa: Sí o NO (circule uno)

Idioma (s) principal (es) hablado (s) en el hogar: _____ Hablas Inglés: Sí o No

Teléfono _____

Domicilio Celular Trabajo

Dirección de Casa _____

Correo Electrónico: _____

Padre o Guardián (2)

Relación al Niño: Madre Padre Abuelo/a Otro Miembro Familiar Familia Adoptiva Otro

Autorizado para recoger al niño del programa: Sí o NO (circule uno)

Idioma (s) principal (es) hablado (s) en el hogar: _____ Hablas Inglés: Sí o No

Teléfono _____

Domicilio Celular Trabajo

Dirección de Casa _____

Correo Electrónico: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia

Por favor proporcione 3 adultos adicionales sin incluir padre / guardián

Contacto de emergencia # 1 - Autorizado para recoger al niño del programa: Sí o NO (circule uno)

Nombre _____ Relacion hacía el niño _____

Dirección local _____
calle ciudad estado código postal

Teléfono _____ Idiomas hablados: _____
Domicilio Celular Trabajo

Contacto de emergencia # 2 - Autorizado para recoger al niño del programa: Sí o NO (circule uno)

Nombre _____ Relacion hacía el niño _____

Dirección local _____
calle ciudad estado código postal

Teléfono _____ Idiomas hablados: _____
Domicilio Celular Trabajo

Contacto de emergencia # 2 - Autorizado para recoger al niño del programa: Sí o NO (circule uno)

Nombre _____ Relacion hacía el niño _____

Dirección local _____
calle ciudad estado código postal

Teléfono _____ Idiomas hablados: _____
Domicilio Celular Trabajo

Acepto cumplir con las horas del programa y recogeré a mi hijo/a no más tardar de la 6:00 p.m. Entiendo que se cobrará una tarifa de \$ 1.00 por niño por minuto por recogerlo tarde. Comunicaré las normas para las recogida de niños de Explorers antes de las 6:00 p.m. A todas las personas que he autorizado.

Inicial _____

Plan de Transporte

Mi hijo/a llegará al programa por:

- Supervisado por el padre / guardián en el área designada
- Otro (describir) _____

Mi hijo/a partirá del programa por:

- Supervisión de padres / guardián Recoger
- Otro (describir) _____

CUALQUIER OTRA PETICIÓN AUTORIZADA DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DEBE ESTAR INDICADA POR ESCRITO Y MANTENIDA EN EL ARCHIVO DEL NIÑO O EL PLAN ARRIBA DEBE SER IMPLEMENTADO. POR FAVOR INFORMAR AL PERSONAL DEL PROGRAMA DE CUALQUIER CAMBIO. SE REQUIERE UN PERMISO VERBAL O ESCRITO Y SE CONFIRMA POR IDENTIFICACIÓN DE LA IMAGEN PARA CUALQUIER PERSONA QUE NO ESTÉ INCLUIDA EN LA LISTA ANTERIOR.

Historial médico

Restricciones dietéticas / Alergias a los alimentos o otras consideraciones especiales:

Historia de salud y desarrollo

Para servir mejor a su hijo, proporcione la siguiente información a continuación:

1. Alergias (abejas, alimentos, medicamentos) Sí no _____
2. Convulsiones / Epilepsia Sí no _____
3. Impedimentos auditivos / visuales Sí no _____
4. Enfermedad crónica (asma, diabetes) Sí no _____
5. Enfermedad seria Sí no _____
6. Preocupaciones emocionales / trastorno Sí no _____
7. Hemorragias nasale Sí no _____
8. IEP / 504 Limitaciones especiales Sí no _____
9. ADHD Sí no _____

Por favor haga un listado de cualquier o todos medicamentos:

TODOS LOS NIÑOS DEBEN ESTAR ACTUALIZADOS EN TODAS LAS INMUNIZACIONES, REFUERZOS Y TÉTANOS POR LAS DIRECTRICES DE LA ESCUELA PÚBLICA DE FRAMINGHAM.

Médico / Clínica Infantil _____ Teléfono _____

Información del seguro y política # _____

¡Alerta Sobre Las Alergias!

Tenga en cuenta que puede haber estudiantes que asistan al Programa Antes / Después de la Escuela que tengan alergias a los alimentos, incluidas TODAS LAS NUECES (maníes y nueces de árbol) y HUEVOS. Por favor, no empaques ningún alimento del hogar que pueda contener nueces o huevo. Notifique a la administración del programa sobre cualquier comida adicional y / u otras alergias para garantizar una acción inmediata para mantener seguros a todos los participantes.

Información Individualizada del Niño y la Familia

Con el fin de proveer el mejor cuidado posible a su hijo/a, por favor complete la siguiente información.

¿ Recibe su hijo/a los servicios de educación especial? Sí No (IEP, 504, aula protegida, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, consejería)

¿Cómo relataría la conducta de su hijo/a en un día típico y cuál es el mejor tipo de disciplina para él/ella (es decir, juega bien con los demás, es retirado, es enérgico, es útil darle espacio/tiempo de espera)?

¿Cuáles son algunas de las actividades que Ud. siente que su hijo/a disfrutaría en el Programa Después de Escuela?

Contrato con el Pariente/Guardián

Nombre del Niño _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo

Al firmar este contrato, estoy de acuerdo con las siguientes condiciones:

- ✓ Acuerdo pagar la cuota de inscripción no reembolsable de \$50,00 en el momento de inscripción.
- ✓ Entiendo que no se proporcionarán programas en los días que no haya escuela.
- ✓ Entiendo que el pago es debido en el primer día del mes y que a mi hijo/a no se le permitirá permanecer en el programa si no se ha pagado la cuota mensual .
- ✓ Entiendo que los pagos se basan en una tarifa plana y no será prorrateada por motivo de vacaciones ni días no asistidos, incluyendo días que estén enfermos o haya cierre por causa de nieve como se indica en el Manual de la Familia. ✓ Todos los pagos de matrícula se realizarán por cheque o giro postal. No se aceptará dinero en efectivo. Entiendo que habrá una cuota de \$25,00 añadida a mi cuenta por cualquier cheque devuelto. (Dos (2) cheques devueltos dará lugar a pagos por giro por el resto del año).
- ✓ Si mi hijo tiene un IEP o plan 504, entiendo que debo autorizar al Programa Después de Escuela a acceder el plan y programaré una reunión con el personal del programa Después de Escuela para abordar las acomodaciones y/o proveer el plan con el registro
- ✓ En caso de emergencia que lo requiera, yo autorizo al Programa Después de Escuela a administrar primeros auxilios y RCP o a buscar atención médica. Tengo entendido que el personal del programa hará todo lo razonablemente posible para ponerse en contacto conmigo, en caso que ocurra una lesión.
- ✓ Por la presente doy mi consentimiento a la participación de mi hijo/a (s) en actividades después de escuela, incluyendo excursiones que requieran transporte y otras actividades tales como: visitas a los parques locales, bibliotecas, paseos en el barrio, etc.. Al dar este consentimiento, acuerdo no traer demandas contra el personal del programa o sus empleados por daños o lesiones incurridos por mi hijo/a mientras participa en actividades del programa.
- ✓ Fotografías o grabaciones de vídeo pueden ser tomadas durante el programa para el uso por las Escuelas Públicas de Framingham para materiales o enviados a los medios de comunicación.
- ✓ Entiendo que el Programa Después Escuela reserva el derecho de despedir a cualquier participante por problemas de comportamiento continuo coherentes con la política de manejo de comportamiento como se indican en el Manual de las Familias.
- ✓ Entiendo que es mi responsabilidad actualizar la información de contacto cuando sea necesario, incluyendo el acceso a subvenciones (vales, puestos del DCF y puestos del EEC). También soy responsable por la actualización de la información requerida para todas las subvenciones, y después, de proveer a la oficina principal de la escuela una copia según las fechas de caducidad. La falta de renovación de las subvenciones resultará en el pago total de la matrícula.
 - Los formularios de Becas de FPS están disponibles. Las solicitudes deben completarse por completo e incluir documentación de ingresos. La aprobación de la beca se basa en la necesidad financiera y la disponibilidad de fondos.
- ✓ Doy mi consentimiento para que el personal del programa comparta el programa y las actualizaciones de los estudiantes con el personal de la escuela.

Política de Cancelación: Retiro del programa requiere una semana por escrito de aviso. La fecha de cancelación se contará a partir de la fecha en que se recibe la notificación por escrito. Las cancelaciones deben dirigirse solamente a su coordinador de sitio.

He leído y estoy de acuerdo con la información que figura en la página Contrato de padre / tutor del documento de Registro de Antes / Después de la Escuela. Por favor devuelva este documento completo y firmado.

Firma del Pariente/Guardián _____

Fecha _____

Imprimir nombre _____

