

OFFICE OF COMMUNITY RESOURCE DEVELOPMENT



Formulário de Inscrição - Antes / Depois da Escola 2019-2020

Enviar Para: CRD 73 Mt. Wayte Ave Suite 5 Framingham MA 01701 o ou trazer essa papelada para a escola do aluno

Antes da escola (mínimo de 2): seg ter qua qui sex Data de início: _____

Após a escola (mínimo de 2): seg ter qua qui sex Data de início: _____

Nome da criança _____ Idade _____

Último Primeiro Meio

Data de nascimento _____ Serie _____ Escola _____ Professor e sala de aula _____

Número do ônibus _____ Endereço _____ Framingham, MA CEP _____

Masculino Feminino Cor do Cabelo _____ Cor dos Olhos _____ Marcas de Nascença _____

Línguas faladas: _____

Pai / Responsável (1) _____

Relação com a criança: Mãe Pai Avós Outro parente Foster Family Other

Autorizado para pegar o filho do programa: SIM ou NÃO (circule um)

Língua (s) Primária (s) Falada em casa: _____ Fala inglês: Sim ou Não

Telefone _____

Trabalho Cellular Doméstico

Endereço residencial: _____ Email: _____

Pai / Responsável (2) _____

Relação com a criança: Mãe Pai Avós Outro parente Foster Family Other

Autorizado para pegar o filho do programa: SIM ou NÃO (circule um)

Língua (s) Primária (s) Falada em casa: _____ Fala inglês: Sim ou Não

Telefone _____

Trabalho Cellular Doméstico

Endereço residencial: _____ Email: _____

Informações para contato de emergência

Por favor, forneça 3 adultos adicionais, não incluindo o pai / responsável.

Contato de Emergência # 1 - Autorizado para Pick-up Criança do Programa: SIM ou NÃO (circule um)

Nome _____ Relacionamento com a criança _____

Endereço local _____

Rua

Cidade

Estado

Zip

Telefone _____ Idioma falado: _____

Célular

Trabalho

Casa

Contato de Emergência # 2 - Autorizado para Pick-up Criança do Programa: SIM ou NÃO (circule um)

Nome _____ Relacionamento com a criança _____

Endereço local _____

Rua

Cidade

Estado

Zip

Telefone _____ Idioma falado: _____

Célular

Trabalho

Casa

Contato de Emergência # 3 - Autorizado para Pick-up Criança do Programa: SIM ou NÃO (circule um)

Nome _____ Relacionamento com a criança _____

Endereço local _____

Rua

Cidade

Estado

Zip

Telefone _____ Idioma falado: _____

Célular

Trabalho

Casa

Eu concordo em aderir às horas do programa e pegarei meu filho até as 6:00 da tarde. Entendo que uma taxa de US \$ 1,00 por criança por minuto será avaliada para retirada tardia. Eu irei comunicar a retirada das crianças do Explorador até às 18:00 horas para todas as pessoas que eu autorizei. Inicial _____

Plano de transporte

Meu filho chegará ao programa Explorers por:

Pais / guardiões supervisionados deixam a área designada

Outros (descreva) _____

Meu filho sairá do programa por:

Parental / Guardiã Supervisionado

Outros (descreva) _____

QUALQUER OUTRO PEDIDO AUTORIZADO E PEDIDO DE TRANSPORTE DEVE SER DECLARADO POR ESCRITO E MANTIDO NO ARQUIVO DA CRIANÇA OU O PLANO ACIMA DEVE SER IMPLEMENTADO. POR FAVOR, INFORMAR O PESSOAL DO PROGRAMA DE QUAISQUER MUDANÇAS. É NECESSÁRIA UMA PERMISSÃO VERBAL OU ESCRITURADA E CONFIRMADA PELA IDENTIFICAÇÃO DA IMAGEM PARA NINGUÉM QUE NÃO ESTEJA INCLUÍDA NA LISTA ACIMA.

Histórico médico

Restrições Alimentares / Alergias Alimentares ou Outras Considerações Especiais:

História da Saúde e Desenvolvimento

Para melhor atender ao seu filho, forneça as seguintes informações abaixo:

1. Alergias (abelha, comida, medicação) sim não _____
2. Convulsões / Epilepsia sim não _____
3. Deficiências auditivas / visuais sim não _____
4. Doença Crônica (asma, diabetes) sim não _____
5. Doença Grave sim não _____
6. Preocupações emocionais / desordem sim não _____
7. Hemorragia no joelho sim não _____
8. IEP / 504 Limitações Especiais * sim não _____
9. TDAH sim não _____

Liste qualquer e / ou todos os medicamentos:

TODAS AS CRIANÇAS DEVEM ESTAR ATUALIZADAS EM TODAS AS DIRETRIZES DE IMUNIZAÇÕES, IMPULSIONADORES E TÉTANOS POR ESCOLA PÚBLICA DA FRAMINGHAM.

Clínica / médico da criança _____ Telefone _____

Informações e Política de Seguros # _____

Alerta Alergia!

Por favor, esteja ciente de que pode haver alunos que frequentam o Programa Antes / Depois da Escola que tenham alergias alimentares, incluindo TODOS OS PORCOS (amendoins e nozes) e OVOS. Por favor, não coloque alimentos de casa que possam conter nozes ou ovos. Por favor, notifique a administração do programa sobre qualquer alimento adicional e / ou outras alergias para garantir uma ação imediata para manter todos os participantes seguros.

Informações Individualizadas para Crianças e Famílias

Para oferecer o melhor atendimento ao seu filho, por favor, preencha as seguintes informações:

O seu filho está recebendo algum serviço de educação especial? sim não

(IEP, 504, sala de aula abrigada, terapia ocupacional, fonoaudiologia, aconselhamento)

Como você descreveria o comportamento de seu filho em um dia típico? (ou seja, joga / compartilha bem com os outros, retirado, enérgico)

Quais são algumas das atividades que você sente que seu filho irá desfrutar enquanto estiver no Programa After School?

Contrato pai / guardião

Nome da criança _____

Último

Primeiro

Inicial do meio

Ao assinar este contrato, concordo com os termos abaixo:

- ✓ Concordo em pagar a taxa de registro não reembolsável de US \$ 50,00 no momento da nova inscrição (US \$ 40,00 para o retorno da criança)
 - ✓ Eu entendo que nenhum programa será oferecido em dias não escolares. A programação de férias com base em taxas é oferecida em dias selecionados.
 - ✓ Sei que o pagamento da mensalidade é devido no primeiro dia do mês e que meu filho pode não ter permissão para permanecer no programa se a taxa mensal não tiver sido paga.
 - ✓ Entendo que os pagamentos mensais são baseados em uma taxa fixa e NÃO serão rateados para feriados e dias não atendidos, incluindo dias de doença e dias de neve, conforme descrito no Manual da Família.
 - ✓ Todos os pagamentos devem ser feitos por cheque ou ordem de pagamento e devem ser pagos a: Cidade de Framingham. Nenhum dinheiro será aceito. Eu entendo que haverá uma taxa de US \$ 30,00 avaliada para minha conta para cheques devolvidos / taxa de NSF. Os cheques devolvidos resultarão em pagamentos de ordem de pagamento necessários para o restante do ano letivo.
 - ✓ Se meu filho estiver em um plano IEP ou 504, compreendo que devo autorizar o Antes / Depois da Escola a acessar o plano e agendar uma reunião com a equipe do Explorers para descrever as acomodações antes / depois da escola e / ou fornecer o plano com registro. .
 - ✓ Autorizo o Antes / Depois da Escola para administrar primeiros socorros básicos e RCP ou para procurar atendimento médico em caso de emergência. Entendo que a equipe do programa fará todas as tentativas razoáveis para entrar em contato comigo, caso ocorra uma lesão.
 - ✓ Eu concordo com a participação de meu (s) filho (s) em atividades pós-escola / viagens de campo que podem exigir transporte e outras atividades fora do local, tais como: visitas a parques locais, bibliotecas, passeios de bairro, etc. Eu concordo que não vou entrar com uma ação contra o pessoal do programa ou seus empregadores por danos ou danos pessoais incorridos por meu filho enquanto participando das atividades do programa.
 - ✓ Fotografias e / ou gravações em vídeo podem ser feitas durante o programa para uso pelas Escolas Públicas de Framingham para materiais e / ou submetidas à mídia.
 - ✓ Entendo que o programa Explorers se reserva o direito de dispensar qualquer participante por questões de comportamento contínuo consistentes com a política de gerenciamento de comportamento, conforme descrito no Manual da Família.
 - ✓ Entendo que é minha responsabilidade atualizar todas as informações sobre pedidos de contato / custódia / restrição, conforme necessário, incluindo SLOTS SUBSIDIADOS (vouchers, slots DCF e slots EEC). Também sou responsável por atualizar informações e / ou renovar vouchers e fornecer à secretaria do After School uma cópia de acordo com as datas de vencimento. A não renovação de subsídios resultará no pagamento integral das mensalidades.
- Formulários de Bolsas FPS estão disponíveis. As candidaturas devem ser preenchidas por completo e incluir documentação de renda. A aprovação de bolsas de estudo é baseada na necessidade financeira e disponibilidade de fundos.
- ✓ Eu concordo em programar programas de compartilhamento de pessoal e atualizações de estudantes com a equipe da escola.

Política de cancelamento: A retirada do programa exige uma notificação por escrito de uma semana. A data de cancelamento será contada a partir da data em que a notificação por escrito for recebida. As comunicações de cancelamento devem ser direcionadas ao coordenador do site.

Li e concordo com as informações listadas na página Contrato de pai / mãe do documento de registro antes / depois da escola. Por favor, devolva este documento preenchido e assinado. Um e-mail de confirmação será enviado para sua família no programa Explorers, assim que o registro e o processamento do pagamento estiverem totalmente concluídos.

Nome

Assinatura

Data