

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño (último, primero, MI)

| | | | |
|---|---|---------------------|---------|
| Apodo: | Dob: | Edad: | Género: |
| Idioma primario del niño: | Idioma principal del padre/tutor: | | |
| Domicilio: | Ciudad: | Estado: | |
| Código postal: | Teléfono Hm.: | Correo electrónico: | |
| Carrera: | origen étnico: | | |
| Estado civil del padre/tutor: () Soltero () Casado () Divorciado () Viuda | Residencia Primaria: () Madre () Padre () Ambos () Guardián | | |
| | Guardería anterior: | | |

Haz una lista de los miembros de la familia con los que vive tu hijo, incluye nombres y edades de los hermanos:

Días circulares para asistir: **AM** Lun Mar Mié Jue Vie Hora de llegada: _____ Llegada: _____
PM Lun Mar Mié Jue Vie Hora de llegada: _____ Hora de salida: _____

Comidas mientras está en cuidado: Desayuno _____ AM bocadillo _____ Almuerzo _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR

| | | |
|---|--|-----------------------|
| ¿Su hijo asiste a la escuela? () Sí () No | ¿El niño asistirá al programa extraescolar MFCYSC: () Sí () No | Grado: |
| Nombre de la escuela: | Hora de inicio: | Hora de finalización: |
| Teléfono de la escuela: | Ciudad/Estado: | |
| Días circulares para asistir: AM Mon Tues Wed Thu Fri Hora de llegada: _____ Llegada: _____ PM Mon Tues Wed Thu Fri Hora de llegada: _____ Hora de salida: _____ | | |
| Comidas mientras está en cuidado: Desayuno _____ AM bocadillo _____ Almuerzo _____ | | |

CONTACTO PRINCIPAL Y LIBERAR A LAS PERSONAS

| | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|
| #1 del Padre/Tutor: | Relación con el niño: | |
| Teléfono principal: | Teléfono secundario: | Otro teléfono: |
| Dirección: | Ciudad/Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | | |
| Lugar de empleo: | Teléfono de trabajo: | |
| #2 de Padres/Tutores: | Relación con el niño: | |
| Teléfono principal: | Teléfono secundario: | Otro teléfono: |
| Dirección: | Ciudad/Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | | |
| Lugar de empleo: | Teléfono de trabajo: | |

Otros niños en el hogar

| Otros niños en el hogar | Fecha de nacimiento |
|-------------------------|---------------------|
| #1 infantil | |
| #2 de Niños: | |
| #3 infantil | |
| #4 infantil | |

FIRMAS

Autorizo que la información proporcionada sea exacta a mi leal saber y entender.

| | |
|--------------------------|--------|
| Firma del Padre o Tutor: | Fecha: |
|--------------------------|--------|

Información de registro de inscripción

_____ **RETIRO DEL PROGRAMA:** Entiendo que debo proporcionar un aviso por escrito de dos (2) semanas de retiro del programa. Si no se proporciona esta notificación, acepto pagar toda la matrícula y las cuotas durante dos (2) semanas, independientemente de que mi hijo asista o no. Entiendo que cuando mi hijo sea retirado, él o ella solo será elegible para la readmisión en función de la disponibilidad de espacio y todos los demás criterios de inscripción. Si mi hijo es seleccionado para la reinscripción, se me pedirá que complete un nuevo Acuerdo de Inscripción a la tarifa actual y pague una nueva tarifa de registro no reembolsable a la tarifa actual. Si hay un saldo pendiente (incluyendo matrícula o cuotas) cuando mi hijo fue retirado, se me pedirá que ponga mi cuenta al día antes de completar una solicitud de reinscripción. Entiendo que todas las tarifas (tuición, registro o actividad) no son reembolsables.

Sección II: Vacaciones, ausencias y cierres

_____ **Vacaciones:** Entiendo que la escuela está cerrada en los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Día de la Memoria, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, Día de Navidad, así como el Día de Martin Luther King, Jr. o el Día de los Presidentes para el servicio Entrenamiento. Estoy de acuerdo en que no recibiré un reembolso, crédito u otra asignación por vacaciones. Si un día festivo cae en un fin de semana, se observará el viernes anterior o el lunes siguiente.

_____ **ABSENCIAS/VACATIONS:** Acepto informar a la escuela inmediatamente si mi hijo estará ausente en cualquier día. Entiendo que no se realizarán asignaciones, créditos, reembolsos o días de maquillaje para ausencias ocasionales (es decir, enfermedad). Una tarifa de reserva del 50% de descuento en mi semana regular de matrícula será debido por cada ausencia de una semana escolar completa (de lunes a viernes) con previo aviso al director, si es posible. Acepto pagar la tarifa de reserva de \$_____ por semana para garantizar el espacio de mi hijo cuando mi hijo no está presente durante toda una semana escolar (de lunes a viernes). Mi matrícula regularmente contratada es por todas las semanas cuando mi hijo asiste a cualquier parte de la semana. No se otorga crédito por días sencillos. También entiendo que si retiro a mi hijo durante unas vacaciones, se me pedirá que pague una nueva cuota de inscripción no reembolsable a la devolución.

_____ **CIERRE DE EMERGENCIA E INCLEMENT INFORMACION DEL TIEMPO:** Entiendo que es la intención de la empresa estar abierta y proporcionar servicio de cuidado infantil todos los días de la semana del año, excluyendo los días festivos, pero que las inclemencias del tiempo, natural / nacional desastre, o el problema importante del edificio puede interrumpir el servicio de vez en cuando. Me comunicaré con la escuela para asegurarme de que esté abierta durante las inclemencias del tiempo o un desastre natural/nacional. Estoy de acuerdo en que en el caso de que la escuela esté cerrada por un período prolongado de tiempo, seguiré siendo responsable de mis pagos de matrícula por hasta tres (3) días hábiles.

Sección III: Licencias Estatales y Nuestras Políticas

_____ **TODAS LAS LICENCIAS Y REGLAMENTOS DEL ESTADO:** Entiendo que las políticas anteriores no son una lista de políticas todo incluido, y que mi hijo, mis familiares, agentes autorizados y yo estamos obligados por las regulaciones estatales de cuidado infantil, el Manual de Familia y todos los demás políticas de la empresa, que pueden ser modificadas en cualquier momento, sin previo aviso. También entiendo que las regulaciones de cuidado infantil del estado en el que mi hijo asiste pueden prevalecer sobre estas políticas cuando la regulación estatal es más estricta. Además, entiendo que mi inscripción continua constituye mi reconocimiento y acuerdo de cumplir con todas las políticas y regulaciones estatales.

_____ **PLANES DE CUIDADO INDIVIDUALIZADOS:** Entiendo que si mi hijo tiene un IEP o IFSP, debe ser compartido con el director para que la escuela pueda apoyar las necesidades de mi hijo.

_____ **GESTION DE COMPORTAMIENTO:** Entiendo que la redirección positiva y la oferta de opciones a los niños son técnicas que se utilizan para guiar el comportamiento de los niños en la escuela. También entiendo que puedo referirme al Manual de la Familia para obtener información adicional sobre el manejo del comportamiento en la escuela.

_____ **HANDBOOK DE LA FAMILIA:** He recibido una copia del Manual de la Familia. He leído y entiendo su contenido y políticas y acepto estar obligado por los mismos.

_____ **NO MODIFICACIONES:** Ningún término de este Acuerdo puede ser alterado, revisado, modificado o eliminado por ninguna persona, excepto en casos de cambio de política o cambio de tarifa a los que tanto el director como yo debemos iniciar. Cualquier alteración, revisión, modificación o supresión de cualquier término de este Acuerdo es nula y sin efecto.

No discriminamos en función de la discapacidad en la admisión/inscripción o el acceso a nuestros programas o servicios. La información relativa a las disposiciones de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en que se encuentra, por sus siglas en que se encuentra el director).

Estas políticas han sido revisadas conmigo por la administración de la escuela. Entiendo y cumpliré con las políticas incluidas en el Acuerdo de Inscripción y el Manual familiar. Las políticas de este contrato sustituirán a todos los demás documentos anteriores.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre impreso del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Por favor, especifique si la persona que aparece a continuación es contacto de emergencia (EC) o se le permite recoger (P) y el padre/tutor no puede ser contactado:

Nombre: _____ Teléfono : _____ Relationship: _____ () P () EC
 Nombre: _____ Teléfono : _____ Relationship: _____ () P () EC
 Nombre: _____ Teléfono : _____ Relationship: _____ () P () EC

Autorización para atención médica de emergencia

Si no se me puede contactar para hacer los arreglos para la atención médica de emergencia para mi hijo en el momento de una enfermedad o accidente, doy permiso para: _____ para llevar a mi(s) hijo(s) a la siguiente lista de médicos, hospitales o clínicas:

| Nombre del Niño | DOB | Edad | Género | Alergias |
|-----------------|-----|------|--------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|---------------------------|-----------------------------|
| Nombre del Doctor: | Teléfono del médico: |
| Médico/Dirección: | Ciudad/Estado/Zip: |

| | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| Nombre de la Instalación: | Teléfono de la instalación: |
| Dirección de la instalación: | Ciudad/Estado/Zip: |

Mi hijo tiene las siguientes necesidades especiales:

Los siguientes alojamientos especiales pueden ser necesarios para satisfacer de la manera más efectiva las necesidades del niño mientras están en el centro: _____

Mi hijo está actualmente tomando medicamentos recetados para uso continuo a largo plazo y/o tiene las siguientes enfermedades o problemas de salud:

Doy mi consentimiento para que la instalación asegure toda la atención médica de emergencia necesaria para mi hijo.

Nombre impreso del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Enumere cualquier problema especial que su hijo pueda tener, como alergias, enfermedades existentes, enfermedades previas, enfermedades graves previas, lesiones y hospitalizaciones durante los últimos 12 meses, cualquier medicamento prescrito para el uso continuo a largo plazo, y cualquier otra información que el cuidador's debe ser consciente de

Alerta de alergias

Alergias alimentarias (incluya síntomas a tener en cuenta): _____

Preferencias alimentarias (incluir si el padre proporciona la sustitución): _____

Medicina y/o Alergias de Contacto (incluya síntomas a tener en cuenta): _____

Instrucciones Especiales para Reacciones Alérgicas o Enfermedades Médicas: _____

REQUISITO DE ADMISIÓN: Si su hijo no asiste a la escuela de pre-kindergarten fuera de la operación de cuidado infantil, se debe presentar uno de los siguientes whet su hijo es admitido en la operación de cuidado de niños o dentro de una semana de la admisión. (Compruebe todas las aplicaciones)

1. ____ PROFESIONAL DE SALUD'S DECLARACIONES: He examinado al niño mencionado anteriormente en el último año y encuentro que él / ella es capaz de participar en el programa de cuidado de niños.

ServiceDate del profesional de atención médica

2. ____ Se adjunta una copia firmada y fechada de la declaración de un profesional de la salud.
3. ____ El diagnóstico y tratamiento médico entra en conflicto con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida, a la que me adhirió o soy miembro; He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada que indique esto.
4. ____ Mi hijo ha sido examinado en el último año por un profesional de la salud y puede participar y puede participar en el programa de cuidado infantil. Dentro de los 12 meses de la admisión, obtendré una declaración firmada de un profesional de la salud y la presentaré a la operación de cuidado infantil.

Nombre y dirección del profesional de la salud: _____

Nombre impreso del padre/tutor: _____ **Date:** _____

Firma del padre/tutor: _____ **Date:** _____

| | | |
|---------------------|---------------------|-----------------------------------|
| R 20/ _____ | L/20 _____ | ____ Pass ____ Fail |
| Firma: _____ | Fecha: _____ | |

| | | | | |
|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|
| | 1000Hz | 2000Hz | 4000Hz | ____ Pase |
| R | | | | ____ Fallo |
| L | | | | |
| Firma: | Fecha: | | | |

REVISAR Y CHECK TODOS LOS QUE SE APLICAN:

Transporte:

Por la presente doy () no **doy** su consentimiento para que mi hijo sea transportado y supervisado por los empleados de la operación
() atención de emergencia () excursiones () desde la escuela

Excursiones de campo :

Por la presente doy () no **doy** su consentimiento para que mi hijo participe en excursiones.

Actividades acuáticas:

Por la presente doy () no **doy** su consentimiento para que mi hijo participe en actividades acuáticas:
() Juego de aspersores () piscinas de salpicaduras/desalimiento () piscinas () juego de mesa de agua

() RECIBO DE LAS LICENCIAS OPERATIVAS ESCRITAS:

Reconozco haber recibido las políticas operativas de la instalación, incluidas las de disciplina y orientación.

() REGISTRO DE INMUNIZACIONES:

He proporcionado a la operación de cuidado de niños una copia del registro de inmunización más actual de mi hijo.

Copiar colocado en el archivo: () Sí () No Hay firma del personal: _____

Registro diario de administración de medicamentos

Los padres deben indicar la dosis y la frecuencia de cada medicamento de acuerdo con las instrucciones de la etiqueta.

Indique cuándo administrar los medicamentos marcando las casillas apropiadas

| Medicación Nombre | Rx No. | Dosificación | Veces Obligatorio | Mon | Martes | Mié | Jueves | Vie |
|----------------------|-----------|--------------|----------------------|-----|--------|-----|--------|-----|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

El personal interreligioso no dispensará medicamentos recetados que no estén en su envase original con la etiqueta del farmacéutico adjunta a ellos (incluidos los inhaladores de asma) el personal de Interfaith tampoco dispensará medicamentos caducados. Por favor, coloque todos los medicamentos y este formulario en una bolsa de plástico Ziploc.

_____ Doy permiso para que mi hijo sea dado sobre el medicamento de venta libre (es decir, Tylenol, ibuprofeno, Motrin, etc.).

_____ No doy permiso para que mi hijo sea dado sobre el medicamento de venta libre (es decir, Tylenol, ibuprofeno, Motrin, etc.).

I _____, solicitar que se le den los siguientes medicamentos a
(Nombre del padre/tutor)

_____, mientras mi hijo/hija asiste a cualquiera de los cuidados de niños,
después de la escuela
(Nombre completo del niño)

programa de verano en Interfaith.

Firma de Parent

Fecha

Lanzamiento de fotos y autorización de los padres

Nombre del padre/tutor (Imprimir claramente)

Nombre del(de los) niño(s):

| | |
|-----------|-----------|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |

Todas las fotografías/videos tomados por el oficial/personal de Interfaith se consideran propiedad de la Interfaith y pueden ser utilizados en boletines, folletos y periódicos. Doy permiso para el uso de estas fotografías para uso mediático por Interfaith. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar este formulario en caso de que ya no desee autorizar los usos anteriores. Estoy de acuerdo en que este formulario permanecerá en vigor durante el período de inscripción de mi hijo. Entiendo que no habrá pago por la participación de mi hijo o por mí mismo.

Inicial a continuación:

_____ Doy mi permiso para permitir que se tomen fotos/videos.

_____ No doy mi permiso para permitir que se tomen fotos/vídeos.

Firma del Padre o Tutor

Fecha de Firma

Firma del Director

Protector solar y repelente de insectos

Moody Family Childcare and Youth Services Center sigue todas las recomendaciones proporcionadas por la Agencia de Protección Ambiental (EPA). El protector solar y el insecticida son medicamentos tópicos en contra. Al reconocer esto, Moody Family Childcare and Youth Services Center ha instituido las siguientes políticas:

1. Los padres deben tener permiso por escrito para que se aplique protector solar y/o insecticida para aplicar a las áreas expuestas de la piel de su hijo. El sunscreen/bug spray no se aplicará a los niños que no tengan permiso por escrito en el archivo.
2. El protector solar y el insecticida para insectos serán aplicados por el personal de Moody Family Childcare and Youth Services Center y antes de salir al aire libre, pero deben ser suministrados por los padres.
3. Los contenedores deben colocarse en una bolsa Ziploc con el nombre de su hijo tanto en el recipiente como en la bolsa Ziploc.
4. Todo el spray de protección solar/bug se aplicará a las áreas expuestas de la piel según sea necesario para cada niño individual. Los niños no pueden compartir estos artículos entre sí.

_____ Doy permiso para que el personal del Centro de Cuidado Infantil y Servicios Juveniles de Moody Family Child Center aplique protector solar (inicial) _____ y spray de insectos (inicial) _____ a mi hijo.

_____ Por favor, no aplique protector solar a mi hijo. Como padre/tutor, reconozco que las quemaduras solares representan un riesgo de daño en la piel y cáncer de piel. Entiendo que mi hijo será llevado al aire libre a diario (si el tiempo lo permite).

_____ Por favor, no aplique spray de insectos a mi hijo. Como padre/tutor, reconozco que hay enfermedades potenciales que pueden surgir de picaduras de insectos. Entiendo que mi hijo estará afuera de forma regular/diaria y puede estar expuesto a insectos externos.

Nombre del padre/tutor (por favor imprima): _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

RENUNCIA

Interfaith Family Services y sus líderes, directores, funcionarios, empleados, contratistas, agentes, voluntarios, miembros y representantes (denominados colectivamente como "Moody Family Childcare & Youth Services Center" "Interfaith Family Services y / o IFS") no son responsables de ninguna lesión, pérdida o daño de ningún tipo sufrido por cualquier persona o su propiedad mientras participan en eventos, actividades o viajes con Interfaith Family Services y todas las actividades relacionadas asociadas con los Servicios Interfaith Family, incluidas lesiones, pérdidas o daños.

ASUNCIÓN DE RIESGOS

En consideración a **Moody Family Childcare & Youth Services Center (Interfaith Family Services)** que nos permite a mí o a mi hijo participar en eventos, actividades o viajes con MFCYC / IFS y todas las actividades relacionadas asociadas con MFCYC / IFS, incluida la participación en el grupo de jóvenes y todas las actividades relacionadas con el Programa Hope & Horizons, reconozco que soy consciente de los posibles riesgos, Peligros y peligros asociados con la participación en las Actividades, incluido el riesgo potencial de lesiones graves o fatales para mí o para otros.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD y ACUERDO

En consideración a **Moody Family Childcare & Youth Services Center (Interfaith Family Services)** que nos permite a mí o a mi hijo participar en las Actividades, acepto en mi nombre y / o en el de mi hijo:

1. **Asumir y aceptar todos los riesgos** que surjan de, asociados o relacionados con mi participación o la de mi hijo en las Actividades.
2. **Renunciar y liberar a Moody Family Childcare & Youth Services Center (Interfaith Family Services)** de cualquier responsabilidad por cualquier pérdida, daño, lesión o gasto que yo o mi hijo podamos sufrir o que mis familiares más cercanos puedan sufrir como resultado de mi participación o la de mi hijo en las actividades debido a cualquier causa.
3. **Indemnizar y eximir de responsabilidad a Moody Family Childcare & Youth Services Center (Interfaith Family Services)** de cualquier y toda responsabilidad por cualquier daño a la propiedad personal de, o lesiones personales a, cualquier tercero que resulte de mi participación o la de mi hijo en las actividades.
4. **Indemnizar y eximir de responsabilidad a Moody Family Childcare & Youth Services Center (Interfaith Family Services)** de todas y cada una de las reclamaciones, demandas, acciones y costos por cualquier pérdida, lesión, daño o gasto que pueda surgir de mi participación o la de mi hijo en las Actividades.

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Reconocimiento del participante:

Moody Family Childcare & Youth Services Center (Interfaith Family Services) está bien preparado para niños, y los niños están constantemente bien supervisados. Sin embargo, los accidentes ocurren. Los abajo firmantes asumen (s) todo el riesgo de lesiones o daños al niño asociados con la participación en el cuidado de niños y acuerdan liberar, indemnizar, defender y liberar para siempre a **Moody Family Childcare & Youth Services Center (Interfaith Family Services)** y su personal, empleados, junta y otros agentes de y de toda responsabilidad, reclamos, demandas, daños, costos, gastos, acciones y causas de acción con respecto a la muerte, lesión, pérdida o daño al niño, o por el niño, durante la participación del niño en el cuidado de los niños.

Nombre del padre/tutor (por favor imprima): _____

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____

Cosas que llevar a la escuela

Niños:

- Un mínimo de 4 botellas (prefabricadas preferidas)

*Todas las botellas y tapas deben estar etiquetadas con el nombre y apellido del niño.

- Fórmula
- Pacificador etiquetado con archivos adjuntos
- Pañales, toallitas y cremas
- 4 juegos de cambio de ropa
- Un saco de dormir para la siesta o el durmiente de manga larga
- Formulario de horario infantil

Niños:

- Pañales, toallitas y cremas
- 4 juegos de cambio de ropa
- Manta para la siesta

Dos

- Pañales, toallitas y cremas
- Varios conjuntos de cambio de ropa (principalmente fondos)
- Manta para la siesta

Niños en edad preescolar:

- Varios conjuntos de cambio de ropa (principalmente fondos)
- Mantas para la siesta

Nota: Todas las mantas DEBEN ser llevadas a casa los viernes para ser lavadas y traídas de vuelta los lunes.