

**1) HOJA DE DATOS PERSONALES DEL NIÑO:**

Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Grado 2020-21: _____

Padre/Tutor: _____ Relación con el niño: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____

Lugar de empleo: _____ Horas de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Padre/Tutor: _____ Relación con el niño: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____

Lugar de empleo: _____ Horas de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

2) CONTACTO DE EMERGENCIA PARA LLAMAR SI NO PODEMOS COMUNICAR A LOS PADRES/TUTORES:

(De acuerdo con los requisitos mínimos de licencia: DCCECE / Child Care Licensing Unit 600.604.1.b)

Nombre	Relación con el niño	Tipo de teléfono	Número de teléfono
_____	_____	_____	_____

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____	_____

¿Está esta persona autorizada a sacar al niño del centro? Sí _____ No _____

ADemás DE LOS ANUNCIADOS ANTERIORMENTE, TODOS LOS DEMÁS ADULTOS AUTORIZADOS A SACAR AL NIÑO DEL PROGRAMA:

Nombre	Relación con el niño	Tipo de teléfono	Número de teléfono
_____	_____	_____	_____

Nombre	Relación con el niño	Tipo de teléfono	Número de teléfono
_____	_____	_____	_____

Nombre	Relación con el niño	Tipo de teléfono	Número de teléfono
_____	_____	_____	_____

3) INFORMACIÓN MÉDICA:

(De acuerdo con los requisitos mínimos de licencia: DCCECE / Child Care Licensing Unit 600.604.1.c)

Médico del niño o centro de tratamiento de emergencia	Número de teléfono
_____	_____

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
_____	_____	_____	_____

Yo, _____ madre / padre / tutor (**circule uno**) de,**(Nombre del niño)**

por la presente doy mi consentimiento al Director de la Instalación de Cuidado Infantil, o su debidamente designado Representante de (Nombre del niño), para que dicho niño reciba ayuda médica o quirúrgica según lo considere necesario y conveniente un médico o cirujano debidamente autorizado o reconocido en caso de una emergencia cuando no se pueda contactar a los padres. También se da el consentimiento para que el Director o su representante debidamente designado transporte a dicho niño para recibir tratamiento médico de emergencia, si no se puede contactar a los padres.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____



Testigo: _____

Fecha: _____

4) Información médica y de desarrollo:

Alergias _____

Medicamento _____

_ Preocupaciones físicas o médicas que el niño pueda tener _____

_ Otras condiciones o comentarios _____

_ Necesidades alimenticias especiales _____

Está el niño Pre-K?: Sí () No ()

Está capacitado para ir al baño: Sí () No ()

*** Si responde si, proporcione los registros de vacunación.**

Si el niño es Pre-K, indique el nombre del maestro y la hora de salida: _____

Hermanos: Sí () No () Nombre (s) de hermanos: _____

5) Matrícula y tarifas de registro:

Entiendo que al momento de ejecutar este Acuerdo para padres, se aplicarán los siguientes cargos de matrícula, ausencia y registro:

Inscripción: _____ \$ 50.00 por un niño _____ \$ 75.00 por familia***** La tarifa de inscripción es la tarifa de suministro para el año escolar 2020-21.****Tarifas semanales a tiempo completo:****tarifas diarias a tiempo parcial:**

_____ \$60.00 por semana para un niño ** _____ \$135.00 por semana para tres niños ** _____ \$20.00 por día, por niño

_____ \$105.00 por semana para dos niños ** _____ \$2.50 por semana Descuento de matrícula Express

6) RECONOCIMIENTO DE LOS PADRES:** Ponga sus iniciales en el espacio apropiado para mostrar que ha leído y reconoce las siguientes declaraciones:*

_____ * Por la presente doy _____ / no le doy _____ al director del centro de cuidado infantil o su representante designado el permiso para darle Acetaminofén a mi hijo. Entiendo que se me notificará antes de administrar el medicamento. De acuerdo con los requisitos mínimos de licencia: DCCECE / Unidad de licencia de cuidado infantil: 1100.1101.6.

_____ * Por la presente doy _____ / no le doy a _____ el permiso del centro de cuidado infantil para tomar fotografías o videos de mi hijo para usar en el centro. De acuerdo con los requisitos mínimos de licencia: DCCECE / Unidad de licencia de cuidado infantil: 600.604.1.k y l.

_____ * Por la presente doy / no doy permiso al centro de cuidado infantil para colocar fotos y / o grabaciones de video de mi hijo en las redes sociales o en la página web del centro. De acuerdo con los requisitos mínimos de licencia: DCCECE / Unidad de licencia de cuidado infantil: 600.604.1.k y l.



_____ Si surge una emergencia médica, el personal de ASP primero intentará comunicarse conmigo. Si no puedo contactarme, el personal se comunicará con el médico de mi hijo. Si la emergencia es tal que se necesita atención hospitalaria inmediata, una ambulancia o un vehículo de emergencia pueden llevar a mi hijo al hospital.

_____ Entiendo que el refuerzo positivo es el método principal para mantener la disciplina. En aquellos casos donde el refuerzo positivo, el tiempo de espera, el aislamiento, el asesoramiento, el contacto con los padres y la redirección del comportamiento no son efectivos, el director puede retirar a mi hijo del programa.

_____ * Esta es una declaración de verificación de que he sido informado de que los investigadores de la licencia de cuidado infantil / maltrato infantil y / o las autoridades pueden posiblemente entrevistar a mi hijo con el propósito de determinar el cumplimiento de la licencia o para fines de investigación. Esto está de acuerdo con los requisitos mínimos de licencia: DCCECE / Unidad de licencias de cuidado infantil: 200.201.4.

_____ * Por la presente doy _____ / no doy _____ permiso por escrito para el uso de lociones bronceadoras / protectores solares para mi hijo en clima soleado. De acuerdo con los requisitos mínimos de licencia: DCCECE / Unidad de licencia de cuidado infantil: 1100.1101.27

_____ Todas las tarifas y multas asociadas con el cobro de cuentas vencidas serán responsabilidad del padre / tutor principal. Entiendo que debo avisar con una semana de anticipación antes de retirar a mi hijo del Programa Después de la Escuela. Seré responsable de la matrícula de la semana si no se da aviso previo.

_____ He leído y entiendo el Contrato del Acuerdo con los Padres y la Hoja de Datos del Niño para el Programa de The After School Program 2020-21. Reconozco y acepto el contenido del mismo.

* indica un reconocimiento requerido por el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas (DHS)

Fecha

Firma del padre / tutor

Fecha de inscripción

Fecha de alta

Uso Oficial: ProCare _____ Scanned _____ Emailed _____