

Escolas Públicas de Framingham – Programas Antes/Depois da Escola

Formulário de Inscrição – Ano Escolar 2016-2017

Depois da escola: Opção de 5 dias ou escolha no mínimo de 2 dias: Seg Ter Quar
 Quin

Nome do Estudante _____
Sobrenome Primeiro Nome Nome do Meio

Idade _____

Data de Nascimento ____/____/____ Série _____ Escola _____

Professora _____

Sala de chamada/Home Room: _____ Ônibus _____

Endereço _____

Framingham, MA Zip Code _____

Características do estudante: Masculino Feminino Altura _____ Peso _____

Cor da pele _____ Cor do cabelo _____ Cor dos olhos _____

Marcas de Nascimento _____

POR FAVOR, INCLUA UMA FOTO ATUALIZADA DE SEU/SUA FILHO(a) PARA FINS DE SEGURANÇA.

Restrições alimentares/Alergias alimentares

Outras considerações/ Restrições especiais

Sua criança está recebendo assistência através do Departamento de EEC? Sim Não

Pai/Responsável (1)

Parentesco com o estudante:

Mãe Pai Avó/Avô Outro membro da família Pai/Mãe Adotivo

Outro _____

Telefone para contato

Residencial

Celular

Trabalho

Endereço Residencial _____

Número, Nome da rua, Apt

Cidade

Zip Code

Trabalho/Escola _____

Trabalho/Escola-Horário _____ Email _____

Pai/Responsável (2)

Parentesco com o estudante:

- Mãe Pai Avó/Avô Outro membro da família Pai/Mãe Adotivo
 Outro _____

Telefone para contato

Residencial _____ Celular _____ Trabalho _____

Endereço Residencial _____

Número, Nome da rua, Apt _____ Cidade _____ Zip Code _____

Trabalho/Escola _____ Trabalho/Escola-Horário _____ Email _____

HISTÓRICO MÉDICO E TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ATENDIMENTO EM CASO DE EMERGÊNCIA

Contatos de emergência (por favor, fornecer 3 adultos adicionais não incluindo pais/responsáveis)

Adulto - Contato #1

Nome _____

Grau de parentesco com o estudante _____

Endereço

Residencial: _____

Número, nome da rua, apt. _____ Cidade _____ Estado _____ Zip _____

Telefone _____

Residencial _____ Trabalho _____ Celular _____

Adulto - Contato #2

Nome _____

Grau de parentesco com o estudante _____

Endereço

Residencial: _____

Número, nome da rua, apt. _____ Cidade _____ Estado _____ Zip _____

Telefone _____

Residencial _____ Trabalho _____ Celular _____

Adulto - Contato #3

Nome _____

Grau de parentesco com o estudante _____

Endereço

Residencial: _____

Número, nome da rua, apt.

Cidade

Estado

Zip

Telefone _____

Residencial

Trabalho

Celular

HISTÓRICO DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

A fim de melhor servirmos seu/sua filho/a, por favor, forneça as seguintes informações:

1. Alergias (abelha, alimentação, medicação) não sim

2. Convulsões / Epilepsia não sim

3. Impedimentos auditivos/visuais não sim

4. Doença crônica (asma, diabetes) não sim

5 Doenças Graves não sim

6. Preocupações/distúrbios emocionais não sim

7. Sangramentos nasais não sim

8. IEP / 504 Limitações Especiais * não sim

9 ** Listar todos os medicamentos _____

PLANOS PARA O TRANSPORTE

Nome do Estudante _____
Sobrenome Primeiro nome Nome do meio

Como o (a) aluno(a) **chegará** ao programa:

- Caminhando (com a supervisão dos Pais/responsáveis)
- Pais/Responsáveis irão trazê-lo(a) pessoalmente
- Outra maneira(descreva) _____

Como o (a) aluno(o) **deixará** o programa:

- Pais/Responsáveis irão pegá-lo pessoalmente
- Caminhando (com a supervisão dos Pais/responsáveis)
- Transportado pelo DCF (Departamento de Crianças e Famílias)
- Outra maneira (descreva) _____

AUTORIZAÇÃO PARA A RETIRADA/SAÍDA DO PROGRAMA NO FINAL DO DIA

Eu concordo em aderir às horas do programa e buscar minha criança até às 18:00 horas (6:00 pm).

Eu entendo que uma taxa de R\$ 1 ,00 por criança e por minuto será cobrada por todo/qualquer atraso na retirada da criança no final do dia.

Eu dou permissão para que minha criança seja buscada do programa por:

- Ninguém, exceto os Pais/Guardiões listados na página 1 deste formulário de inscrição
- Adultos listados como Contatos de emergência na página 2 deste formulário de inscrição
- Pais/Responsáveis, contatos de emergência e também ao autorizado adulto listado abaixo:

Nome _____

Parentesco com o estudante _____

Endereço

Residencial: _____
Número, nome da rua, apt. Cidade Estado Zip

Telefone _____
Residencial Trabalho Celular

QUAISQUER OUTROS PEDIDOS DE TRANSPORTE DEVEM SER APRESENTADOS POR ESCRITO E MANTIDOS EM ARQUIVO DA CRIANÇA OU, O PLANO ACIMA ENTRARÁ EM VIGOR. POR FAVOR INFORME AO PESSOAL DO

PROGRAMA DE QUALQUER ALTERAÇÕES. PERMISSÃO VERBAL, ESCRITA E DOCUMENTO DE IDENTIDADE COM FOTO SÃO NECESSÁRIOS PARA QUEM NÃO CONSTAR NA LISTA ACIMA.

CONTRATO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS

Nome do

Estudante _____

Sobrenome

Primeiro Nome

Nome do Meio

Ao assinar este contrato, eu concordo com os termos abaixo:

Û Entendo que nenhum programa será fornecido em dias que não houver aula. (A escola estará fechada).

Û Se minha criança tem um IEP ou plano 504, entendo que autorizo o pessoal do Programa Depois da Escola a acessar o plano e agendar uma reunião para delinear planos e/ou acomodações especiais para a matrícula

Û Autorizo a equipe escolar que possui o treinamento básico de primeiros socorros / CPR, a administrar os primeiros socorros à minha criança quando necessário ou procurar assistência médica em caso de uma emergência. Entendo que a equipe do programa fará todo o esforço para entrar em contato comigo, em caso de uma ocorrência.

Û Eu autorizo a participação de minha criança(s) em atividades pós-escolares, incluindo excursões que podem necessitar de transporte e outras atividades fora do local, tais como: visitas a parques locais, bibliotecas, caminhadas diárias das 14:30 em diante. Ao dar esta autorização, concordo que eu não vou mover ação contra a equipe do programa ou seus empregadores por danos pessoais ou materiais incorridos pelo meu filho durante a sua participação nas atividades do programa.

Û Fotografias e/ou gravações de vídeo podem ser feitas durante o programa para uso das Escolas Públicas de Framingham para materiais e/ou apresentações para a mídia/imprensa.

Û Entendo que é de minha responsabilidade atualizar todas as Informações de contato conforme necessário, incluindo o acesso a SUBSÍDIOS como (vales, cupons e vagas DCF e EEC). Também sou responsável pela atualização da informação e/ou renovação de vales/cupons e prover à secretaria do Programa Depois Da Escola uma cópia de acordo com as datas de validade. Nenhuma renovação de subsídios resultará em pagamento total da mensalidade.

Regras de Cancelamento: Retirar o aluno do programa requer um aviso por escrito com antecedência de duas semanas. A data de cancelamento será contada a partir da data em que a notificação escrita for recebida. Cancelamentos devem ser direcionados para Margaret Ayres na secretaria principal do Desenvolvimento de Recursos da Comunitários.

