

Teléfono _____

Trabajo Domicilio Celular

Dirección _____

Numero, Calle, y Apt. Ciudad y Código Postal

Trabajo/Escuela _____ Horas de Trabajo/Escuela _____ Email _____

Formulario de Historial Médico y Consentimiento en Caso de Emergencia

Información de contacto en emergencia (sírvese proporcionar el nombre de 3 adultos adicionales que no incluyen padres/guardianes)

Contacto Adulto #1

Nombre _____ Relación al Niño _____

Dirección Local _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____

Domicilio Trabajo Celular

Contacto Adulto #2

Nombre _____ Relación al Niño _____

Dirección Local _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____

Domicilio Trabajo Celular

Contacto Adulto #3

Nombre _____ Relación al Niño _____

Dirección Local _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____

Domicilio Trabajo Celular

Historial de Salud y Desarrollo

Con el fin de servir mejor a su hijo/a, por favor proporcione la siguiente información abajo:

1. Alergias (abejas, comida, medicamentos) yes no _____
2. Convulsiones/Epilepsia yes no _____
3. Impedimentos Audición/Vista yes no _____

4. Malestares Crónicas (asma, diabetes) yes no _____
5. Enfermedad Grave yes no _____
6. Concierno/Desordenes Emocionales yes no _____
7. Hemorragia nasales yes no _____
8. Limitaciones Espéciales IEP/504 * yes no _____
9. **Indique cualquier medicamento yes no _____

Plan de Transporte

Nombre del Niño _____

Apellido Primer Nombre Segundo

Mi hijo/a llegará al programa por:

- Caminando supervisado por un pariente o guardián
- Dejado por un pariente o guardián
- Otro (describa) _____

Mi hijo/a partirá del programa por:

- Recogido por pariente/guardián
- Caminando supervisado por un pariente o guardián _____
- Busetta provista por DCF
- Otro (describa) _____

Autorización Para el Despido

Acuerdo adherir a las horas del programa y recogeré a mi niño/a no más tarde de las 6:00pm. Entiendo que se cobrará una tarifa de \$1.00 por minuto por cada niño que llegué tarde a recoger.

Doy permiso para que mi hijo/a se despida desde el programa con:

- Nadie - excepto los padres/guardianes enumerados anteriormente en la Página 1 de este paquete de inscripción
- A los adultos que aparecen como contactos de emergencia en la página 2 de este paquete
- Los padres/guardianes, contactos de emergencia u otro adulto autorizado a continuación:

Nombre _____ Relación al Niño _____

Dirección Local _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____

Domicilio Trabajo Celular

CUALQUIER OTRA PETICIÓN DE TRANSPORTE DEBE HACERSE POR ESCRITO Y MANTENIDO EN EL ARCHIVO DEL NIÑO/A O DICHO PLAN ANTERIOR SERÁ IMPLEMENTADO. POR FAVOR INFORME AL PERSONAL DEL PROGRAMA DE CUALQUIER CAMBIO. EL PERMISO VERBAL O ESCRITO E IDENTIFICACIÓN CON IMAGEN SERÁ REQUERIDO DE CUALQUIER PERSONA NO INCLUIDA EN LA LISTA DE ARRIBA.

¡Alerta Sobre Las Alergias!

Por favor tenga en cuenta que pueden haber estudiantes asistiendo al programa que tienen alergias a ciertos alimentos incluyendo TODAS LAS NUECES (cacahuetes y frutos secos) y los HUEVOS. Por favor no empaque alimentos del hogar que puedan contener frutos secos o huevos.

Por favor notifique a la administración del programa sobre cualquier alimento adicional y/u otras alergias para asegurar la acción inmediata para proteger a todos los campistas.

Contrato con el Pariente/Guardián

Nombre del Niño _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo

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

- Ü Entiendo que no se proporcionarán programas en los días que no haya escuela.
- Ü 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
- Ü 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.
- Ü 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. diariamente empezando a las 2:30. 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.
- Ü 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.
- Ü 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.
- Ü 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.

