

MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

ADEMAS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :

<u>NOMBRE</u>	<u>DIRECCIÓN</u>	<u>RELACIÓN</u>

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA: TELÉFONO: ()

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuída a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____

Acuerdo entre los Padres y la Guardería

_____ (nombre de la guardería)

acuerda proveer servicios de cuidado infantil durante el día a

_____ los días
(nombre del niño(a))

_____, desde las _____ AM
(días de la semana)

hasta las _____ P.M., y desde el mes de _____ al mes de

_____.

Mi niño(a) participará en el siguiente plan de alimentación (circule todos los que apliquen):

Desayuno		Merienda en La mañana		Almuerzo		Merienda en la tarde
	Merienda en la noche		Cena		Merienda antes de acostarse	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Antes de dar algún medicamento a mi niño(a), yo traeré una autorización escrita, que incluya la fecha, el nombre del niño(a), el nombre del medicamento, el número de la receta (si lo tiene), la dosis y la fecha y hora en que éste debe dársele al niño(a). El medicamento estará en el envase original, marcado con el nombre de mi niño(a).

No se le permitirá a mi niño(a) entrar o salir de la guardería sin los padres, personas autorizadas por los padre(s), o personal de la guardería.

Reconozco que soy responsable de mantener los documentos de mi niño(a) al día, y de comunicar cualquier cambio significativo cuando éste ocurra, (por ejemplo, números de teléfono, sitio de trabajo, contactos de emergencia, médico del niño(a), estado de salud del niño(a), planes de alimentación, documentos de vacunas, etc.).

La guardería está de acuerdo en mantenerme informado(a) de cualquier incidente que afecte a mi niño(a), incluyendo enfermedades, heridas, reacciones adversas a un medicamento, etc.

_____ (nombre de la guardería)

está de acuerdo en obtener mi autorización escrita antes de que mi niño(a) participe en transporte de rutina, viajes educativos, actividades especiales fuera de la guardería y actividades que ocurran en agua de más de dos (2) pies de profundidad.

Autorizo a la guardería a obtener cuidado médico de emergencia para mi niño(a) cuando yo no esté disponible.

He recibido una copia y estoy de acuerdo en seguir las reglas y los procedimientos de la guardería.

FIRMA: _____
Padre/Guardián

Fecha

FIRMA: _____
Administrador(a) de la Guardería /Persona Autorizada

Fecha

This form is to be completed after school starts, not at the time of registration. **Please clearly print** the name as it appears on the birth certificate. *(Por favor escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento.)*

Today's Date (M/D/Y)		
Legal Last Name (Apellido)		
Legal First Name (Primer Nombre)		
Legal Middle Name (Segundo Nombre)		Name Suffix (Sufijo) (Jr,II,III)
Child's Social Security #	DOB (Fecha de Nacimiento) (M/D/Y)	Gender (Sexo)
____-__-____	____/____/____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date enrolled in Pre-K (M/D/Y)	If different from birth certificate, name student is called	
____/____/____		

1. Is your child's ethnicity **Hispanic/Latino/Spanish Origin**, regardless of race? *(¿Es Ud. Hispano/Latino o de Origen Hispano, sin importar la raza?)*

Yes (Si) No (No) Decline to Answer *(negarse a contestar)*

Please select **ONE OR MORE** of the following races regardless of how you answered question one. **(TODOS deben seleccionar UNA O MAS de las siguientes razas sin importar cómo haya contestado la primera pregunta.)**

2. Is your child:

a. **White** – A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa. **(Blanco** – Una persona que tiene orígenes en los pueblos provenientes de Europa, el Medio Oriente, o Africa del Norte).

b. **Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. **(Asiática** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Lejano Oriente, Suroeste de Asia, o el subcontinente Hindú incluyendo, a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)

c. **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. **(Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacifico.)

d. **Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. **(Negro o Afro Americano** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Africa o en grupo racial Negro.)

e. **American Indian or Alaskan Native** – A person having origins in any of the original peoples of North and South America including Central America, who maintains a tribal affiliation or community attachment. **(Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de América Del Norte y del Sur, incluyendo América Central, que mantiene una afiliación tribal o comunitaria.)

f. **Decline to Answer** *(negarse a contestar)*

3. What is your child's primary language? *(¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?)*

English *(Inglés)*

A language other than English *(Un idioma diferente al Inglés)*

4. Was your child born as a: *(El parto en que Ud. tuvo a su hijo(a) fue de:)*

Single Birth (1) *(Un sólo niño)*

Twin (2) *(De mellizos)*

Triplet (3) *(De trillizos)*

Quadruplet (4) *(De cuatrillizos)*

Quintuplet (5) *(De quintuples)*

5. Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? *(¿Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizada (IEP?))*

Yes (Si) No (No)

6. Does your child receive any of the following services? *(¿Recibe su hijo(a) alguno de estos servicios?)*

Childcare and Parent Services (CAPS) (child care subsidy program)

Food Stamps *(Cupones de Alimentos)*

SSI

Medicaid

Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

7. Will the Pre-K center be providing transportation for your child? *(¿Recibirá su hijo(a) transporte en el Centro donde va a asistir a Pre-K?)*

Yes (Si) No (No)

Parent/Guardian Signature

Date