



**Georgia Dept  
of Early Care  
and Learning**  
BRIGHT FROM THE START

Por favor escriba el  
ano escolar en la  
casilla



# Verano El Programa De Transición Forma De Registración

## Ano Escolar

EL NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR: (Esta sección seria entrada por Proveedor)

EL NOMBRE DE LA ESCUELA O SITIO:

### INFORMACION DEL NIÑO (Por favor escribe el nombre que aparece en el certificado de nacimiento.)

APPELLIDO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EL PRIMER NOMBRE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EL NOMBRE MEDIO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NAME SUFFIX: | | | | (Jr, Sr, II, III, ...)

NOMBRE QUE EL NINO O NINA ES LLAMADO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA): SEX: [ ]M [ ]F

DIRECCION DE DOMICILIO: CONDADO:

CUIDAD: ESTADO: GA CODIGO POSTAL: TELEFONO DE CASA: ( )

Su hijo/a es un ciudadano Americano? SI NO

Si no, ella o el a adquirido como un extranjero legalmente calificado? SI NO

Usted necesita cuidado para su hijo/a antes o después de la escuela? SI NO'

Circule cualquier servicios que su familia reciba:

- Medicaid
- Cuidado de Niños y Servicios para Padres (CAPS)
- Estampillas de Comida
- Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF)

### LA INFORMACION DEL PADRE O LA MADRE/EL GUARDIAN O LA GUARDIANA

APPELLIDO DE LA MADRE: PRIMERO: INICIAL MEDIANO:

DIRECCION DE DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NINO):

CUIDAD: ESTATDO: CODIGO POSTAL:

TELEFONO DE CASA: ( ) TELEFONO DE DIA: ( )

LUGAR DE EMPLEO:

Dirección:

Cuidad: Estado: Código Postal:

APPELLIDO DEL PADRE: PRIMERO: INICIAL MEDIANO:

DIRECCION DE DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NINO):

CUIDAD: ESTADO: CODIGO POSTAL:

TELEFONO DE CASA: ( ) TELEFONO DE DIA: ( )

LUGAR DE EMPLEO:

Dirección:

Cuidad: Estado: Código Postal:

**INFORMACION DE UN CONTACTO DE EMERGENCIA (Persona para contactar en caso de que cualquier padre/guardian no se pueda contactar)**

<u>NOMBRE</u>	<u>RELACIÓN</u>	<u>TELÉFONO DE DIA</u>	<u>ALTERNATE TELEFONO</u>	<u>EMAIL</u>
1)				
2)				

L: Yo verifico que esta información es correcta, y entiendo que presentando este formulario no me garantiza la colocación en una clase de Pre-Kínder. Si mi niño(a) es colocado en el Programa de Verano, yo entiendo que mi niño(a) asistirá al programa por 6.5 horas cada día, 5 días por semana, por 6 semanas. Entiendo que si no conformo con estos requisitos de asistencia, podría resultar en que mi niño(a) no continuara en la clase. Yo entiendo que para registrar a mi niño(a) en el programa necesito documentación apropiada.

**FIRMA (Padre/Guardián):** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**MANTENIMIENTO DEL NIÑO**

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO:                     DOS PADRES    MADRE    PADRE    OTRO  
 GUARDIAN LEGAL DEL NIÑO:                     DOS PADRES    MADRE    PADRE    OTRO

**EL NIÑO PUEDE SER DADO A LAS PERSONA(S) QUE HAN FIRMADO ESTE ACUERDO O A LOS SIGUIENTES:**

<u>NOMBRE</u>	<u>DIRECCION</u>

**DOCTOR DEL NIÑO O NOMBRE DE LA CLINICA (CENTRO DE SALUD PRIMORDIAL DEL NIÑO):**  
 PHONE: (    )

**MI HIJO/A TIENE LAS SIGUIENTES NECIDAD(ES) ESPECIALES:**

**LAS SIGUIENTES COMODIDAD(ES) ESPECIALES PUEDEN SER REQUERIDAS PARA EFICIENTEMENTE SATISFACER NECESIDADES DE MI HIJO/A CUANDO ESTE EN ESTE CENTRO:**

**MI HIJO/A ESTA ACTUALMENTE TOMANDO LOS SIGUIENTES MEDICAMIENTO(S) RECETADO POR UN TIEMPO LARGO O CONTINUAMENTE Y/O TIENE LOS SIGUIENTES PRE-EXISTENTE ALERGIAS, ENFERMEDAD, O PREOCUPACIONES DE SALUD:**

### **LIBERACION GENERAL**

Confirmando la información arriba indicada es correcta y verdadera. Por la presente doy permiso para que la información proporcionada en el formulario de registro anterior sea distribuido al proveedor de Pre-K, el Departamento de Atención Temprana y Aprendizaje (DECAL), y ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitado a el Departamento de Educación de Georgia y colegios/universidades.

FIRMA (Padre/Guardián): \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

### **PERMISO PARA FOTOGRAFIAS/VIDEOS**

Yo doy permiso para que el proveedor de Pre-K especificado continuación, el Departamento de Georgia de Atención Temprana y Aprendizaje (DECAL), y ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitado al Departamento de Educación de Georgia y colegios/universidades, para registrar la participación y la apariencia de mi hijo/a,

\_\_\_\_\_, por fotografía y / o video, en relación con las actividades diarias de Pre-K a los efectos de los comunicados de prensa, informes, y evaluación del progreso de los niños y el programa. DECAL y sus contratistas están autorizados a exhibir o distribuir dicha fotografía (s) y / o video en su totalidad o en parte sin restricciones o limitaciones para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL estime conveniente. Dicha fotografía (s) y / o video pueden ser, por ejemplo, aparecen en los materiales impresos o visuales para DECAL y / o en la página web de DECAL.

El que suscribe conjuntamente y solidariamente libera, absuelve, perdona, y descarga el proveedor de Pre-K, DECAL, y otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, de cualquier acción, acuerdos, reclamaciones, controversias, demandas, juicios, responsabilidades, y procedimientos, tanto si se producen en la equidad o de derecho en relación con dicha participación y la apariencia por dicho niño/a. Este comunicado resultará vinculante para todos los sucesores en interés y los representantes personales de las partes, en la medida permitida por la ley.