

Kids SMART, Inc.
FORMA DE INSCRIPCIÓN

Apellido del Niño/a: _____ Nombre del Niño/a: _____
Fecha de Nacimiento/Edad: _____ Grado: _____
Escuela a la que asiste: _____ Maestro/a: _____
Fecha de la Primera Asistencia: _____ Teléfono de Casa: _____
Dirección Primaria del Niño/a: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuidador Principal del Niño/a: _____
Relación con el Niño/a: _____
Dirección de Casa: _____
Teléfono: (C) _____ (C) _____ (O) _____
Empleador del cuidador: _____
Dirección de Trabajo: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____
Cuidador Principal del Niño/a: _____
Relación con el Niño/a: _____
Dirección de Casa: _____
Teléfono: (C) _____ (C) _____ (O) _____
Empleador del cuidador: _____
Dirección de Trabajo: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____

Personas autorizadas (otros apartes de los cuidadores mencionados arriba) para recoger al niño/a:
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Medico Primario del Niño: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Dentista del Niño/a: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Compañía de Seguro Primaria: _____
Póliza #: _____
Hospital de Preferencia: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Información Médica del Niño:
¿Vacunas Requeridas del Estado? Si/No (por favor provea copia de estos registros con la inscripción)
Alergias/Dietas Especiales: _____
Problemas Médicos Crónicos: _____
Medicamentos Actuales: _____
Alguna necesidad especial que el programa debe tener en cuenta: _____

AUTORIZACIONES DEL PADRE/TUTOR

Por favor lea lo siguiente e inicial indicando que usted ha leído y entendido la declaración. Por favor escriba su nombre completo en la parte inferior de la página.

1. Procedimiento de Emergencia: En caso de emergencia, Yo autorizo al personal del programa a comunicarse con las personas mencionadas en la lista de la forma de contactos de emergencia. También autorizo al médico que aparece al reverso de este formulario para proporcionar el tratamiento médico necesario. Si las personas de contacto de emergencia no pueden ser localizadas, los empleados del programa están autorizados a tomar las medidas necesarias para la salud y el bienestar de mi hijo.

Iniciales _____

2. Manual de Padres: He recibido, leído, y entendido todos los aspectos del Manual de Padres de Kids SmART, Inc. Entiendo que es mi responsabilidad como padre/tutor, a cumplir con todas las pólizas y procedimientos del manual de padres. Entiendo que las pólizas y procedimientos están sujetos a cambios, y serán notificados de los cambios que son significativos y pueden afectar el cuidado de mi hijo. Además, entiendo y acepto que, en caso de repetición de incumplimiento de las pólizas y procedimientos, mi familia puede ser excusada del programa y deberán encontrar otros tipos de cuidado para mi hijo.

Iniciales _____

3. Procedimiento y Responsabilidad al Entrar/Salir: Estoy de acuerdo en seguir los procedimientos de entrada/salida como se indica en el manual de padres. Estoy de acuerdo que el programa no se hace responsable de mi hijo antes de haber apropiadamente iniciado sesión. También entiendo que el programa no se hace responsable de mi hijo en camino a su hogar o destino autorizado después de que él/ella esté debidamente fuera del programa.

Iniciales _____

4. Expediente Del Estudiante: Estoy de acuerdo en mantener la inscripción de mi hijo y formas de emergencia corriente, incluyendo pero no limitado a, el hogar actual y los números de teléfono del trabajo y números de teléfono actuales de las personas autorizadas para recoger a mi hijo.

Iniciales _____

5. Póliza de Pagos: Estoy de acuerdo con las pólizas de pago de Kids SmART, Inc. y pagare lo debido por adelantado. Entiendo que debo pagar los cargos de padres establecidos por CCAP antes del primero del mes, y los pagos que CCAP no cubre serán pagados por adelantado. Entiendo que mi hijo no podrá asistir el programa si no pago y acumulo una cantidad de \$100.

Iniciales _____

6. Actividades de Kids SmART, Inc: Autorizo a mi hijo a participar en todas las artes/artesanías, ciencia, actividades de cocina, juegos del gimnasio, juegos de exterior, club de tarea, etc. organizado por el personal de Kids SmART. Los que no deseo que mi hijo participe, se detallan a continuación:

Iniciales _____

7. Consentimiento de Películas y Televisión: La televisión y películas serán apropiadas para la edad y se verán en pocas ocasiones y solo con el consentimiento de los padres:

Televisión _____

Película Calificación-G _____

Película Calificación-PG _____

8. Consentimiento de Foto/Video: Kids SmART puede ocasionalmente fotografiar o tomar video de su hijo durante horas de programas. Estas fotos o videos pueden estar disponibles para el público o utilizados para promociones o publicaciones. Entiendo que mientras estén en Kids SmART, la foto o video de mi hijo puede ser tomada durante su participación en alguna actividad. Kids SmART no proporcionara compensación financiera por estas fotos o videos, y entiendo que esto libera a Kids SmART Inc. de toda futura demanda, así como cualquier responsabilidad de la utilización de dicha fotografía o video.

Si, doy permiso para que mi hijo sea fotografiado o grabado en video _____

No, yo no quiero que mi hijo sea fotografiado o grabado en video _____

9. Transportación del Niño: Yo doy permiso para que mi hijo participe en excursiones donde él/ella puede ser transportado en vehículos aprobados fuera de la ubicación del programa. Entiendo que se me informara con anticipación de todos los viajes del programa.

Iniciales _____

10. Consentimiento para Bloqueador Solar: En ocasiones, Kids SmART, Inc tendrá la necesidad de ayudar o aplicar protector solar a su hijo. Cada niño debe traer su propio protector, con un SPF de al menos 30 en su envase original. El programa también suministrara protección solar de por lo menos un SPF de 30, para los que se le olviden. Entiendo que si mi hijo no tiene protección solar aplicada, la exposición al sol se limitara o puede ser negada.

Si, doy permiso a Kids SmART, Inc. a aplicar protector solar a mi hijo _____

Instrucciones Específicas: _____

No, no quiero que Kids SmART, Inc. aplique protector solar a mi hijo _____

Firma Padre/Tutor _____ Fecha _____

FORMULARIO DE EMERGENCIA

Apellido del Niño/a: _____ Nombre del Niño/a: _____
Fecha de Nacimiento/Edad: _____ Grado: _____
Escuela a la que asiste: _____ Maestro/a: _____
Fecha de la Primera Asistencia: _____ Teléfono de Casa: _____
Dirección Primaria del Niño/a: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuidador Principal del Niño/a: _____
Relación con el Niño/a: _____
Dirección de Casa: _____
Teléfono: (C) _____ (C) _____ (O) _____
Empleador del cuidador: _____
Dirección de Trabajo: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____
Cuidador Principal del Niño/a: _____
Relación con el Niño/a: _____
Dirección de Casa: _____
Teléfono: (C) _____ (C) _____ (O) _____
Empleador del cuidador: _____
Dirección de Trabajo: _____
Dirección de Correo Electrónico: _____

Nombre por lo menos 3 personas, distinto a los cuidadores mencionados anteriormente, para contactar en caso de una emergencia. Ellos serán contactados en el orden en que aparecen.

- 1) Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono (Casa): _____ (Celular): _____ (Oficina): _____
Dirección: _____
Instrucciones Específicas: _____
- 2) Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono (Casa): _____ (Celular): _____ (Oficina): _____
Dirección: _____
Instrucciones Específicas: _____
- 3) Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono (Casa): _____ (Celular): _____ (Oficina): _____
Dirección: _____
Instrucciones Específicas: _____

AUTORIZACION MÉDICA:

Nombre del Medico: _____ Teléfono: _____

Yo autorizo a Kids SmART, Inc. a tomar las medidas necesarias para la salud y el bienestar de mi hijo/a durante una situación de emergencia. Esto puede incluir el contacto con las unidades locales de emergencia antes de comunicarse con el médico del niño o los padres/tutores. En caso de una emergencia médica, entiendo que mi hijo será transportado al centro médico más cercano por la unidad local de emergencias para recibir tratamiento médico si la unidad local de emergencias lo considera necesario.

INFORMACION MÉDICA DE EMERGENCIA:

Alergias/Necesidades Médicas Especiales _____
Problemas Médicos Crónicos _____
Medicamentos Actuales _____
Cobertura de Seguro _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____