



Childcare Network

The Working Parent's Best Friend™

PARA USO EXCLUSIVO DEL DIRECTOR

Fecha de retiro: ____ / ____ / ____ Motivo del retiro: _____

Las solicitudes de inscripción se consideran independientemente de la raza, credo, color, sexo, religión, nacionalidad o discapacidad del solicitante.
Childcare Network es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. Revisión: 08/01

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante:

Preferido _____ Nombre _____ Seg. numero _____ Apellido _____

El niño vive con (nombre) _____ Relación _____

Fecha de inscripción ____/____/____ Fecha de nac. ____/____/____ Sexo del niño: masculino femenino

Lugar de nacimiento _____ N° de Seguro Social del niño _____

¿Asistió alguna vez su hijo/a a otra Escuela de Childcare Network? Sí No ¿Dónde? _____

¿Cuándo inscribió a su hijo/a en este escuela? _____ ¿Por qué dejó de asistir? _____

PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Madre o tutor legal: Nombre _____ Inicial del seg. nombre _____ Apellido _____ Fecha de nac. ____/____/____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estafo _____ Cód. postal _____

Empleador _____ Dirección del trabajo _____

Tel. del hogar _____ Tel. de trabajo _____ Tel. celular _____ Correo electrónico _____

N° de Seguro Social _____ N° de licencia de conducir _____ Estado _____

Estado civil: (marque con un círculo) Casado/a Soltero/a Divorciado/a Seporado/a Viudo/a

Padre o tutor legal: Nombre _____ Inicial del seg. nombre _____ Apellido _____ Fecha de nac. ____/____/____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Empleador _____ Dirección del trabajo _____

Tel. del hogar _____ Tel. de trabajo _____ Tel. celular _____ Correo electrónico _____

N° de Seguro Social _____ N° de licencia de conducir _____ Estado _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA Y PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR AL NIÑO

El niño podrá ser retirado de la escuela sólo por las personas antes mencionadas y las que se autorizan a continuación. Si su hijo/a aún está en la escuela una hora después del horario de cierre, nos comunicaremos con las autoridades legales. Si la persona abajo mencionada también es un contacto de emergencia, por favor marque la casilla en la línea del domicilio.

Relación _____ Nombre _____ Tel. del hogar _____ Tel. del hogar _____

Domicilio _____ Contacto de emergencia _____

Relación _____ Nombre _____ Tel. del hogar _____ Tel. del hogar _____

Domicilio _____ Contacto de emergencia _____

Relación _____ Nombre _____ Tel. del hogar _____ Tel. del hogar _____

Domicilio _____ Contacto de emergencia _____

Relación _____ Nombre _____ Tel. del hogar _____ Tel. del hogar _____

Domicilio _____ Contacto de emergencia _____

Persona(s) NO autorizada(s) para recoger al niño* _____

*Deba adjuntarse toda la documentación que corresponda, como los papeles sobre la custodia legal, si uno de los padres no está autorizado a retirar al niño.

Nombre del niño _____ Sexo: masculino femenino Fecha de inscripción ____/____/____
 Marque los días en que el niño asistirá normalmente. lunes martes miércoles jueves viernes
 Indique los horarios normales de llegada y de salida: Indique las comidas que habitualmente come en la institución:
 Hora de llegada _____ a.m. p.m. Desayuno Colación
 Hora de salida _____ a.m. p.m. Almuerzo Cena

(Nota: al objetivo del programa semanal es representar una semana típica y se usa sólo para ayudar a elaborar el cronograma de trabajo de los maestros. Entendemos que los horarios real es variarán según sus necesidades).

INFORMACIÓN MÉDICA

El pediatra o médico de mi hijo/a es _____ N° de teléfono _____

Domicilio _____

El pediatra o médico de mi hijo/a es _____ N° de teléfono _____

Domicilio _____

Mi hijo/a tiene cobertura de seguro médico sí no Compañía de seguro _____

Mi hijo/a tiene... (marque la opción que corresponda y explique) Hospital de preferencia _____

_____ Una alergia a un medicamento, alimento*, planta, animal o toxina de insecto.
 *(Si su hijo/a no puede comer alguno de los alimentos del plan de comidas del Programa de Alimentos de Cuidado Diurno para Niños y Adultos (Child and Adult Care Food Program, CACFP), el proveedor de atención de la salud del niño debe completar una declaración.)

_____ Una condición o miedo que requiere de atención, procedimientos, servicios, medicamentos o dieta especiales.

_____ Una discapacidad física, mental o del desarrollo que impediría a mi hijo/a participar en el programa o las actividades regulares de la escuela.

Por favor explique la necesidad especial, condición, miedo o alergia: _____

_____ No tiene alergias ni otras condiciones conocidas.

_____ (inicial) Si su hijo/a tiene una temperatura superior a 100° F (37, 8° C) o cualquier síntoma de enfermedad contagiosa o infección, debe solicitar otro tipo de cuidado infantil. En la mayoría de los casos, si el niño debe retirarse de la escuela porque está enfermo, aconsejamos que permanezca en su casa durante al menos de 24 horas. La admisión posterior queda a criterio a exclusivo del Director. Además acepto notificar a Childcare Network en un plazo de 24 horas si a un miembro de la familia inmediata se le diagnostica una enfermedad contagiosa.

AUTORIZACIÓN MÉDICA

_____ (inicial) Acepto que el personal de Childcare Network puede autorizar al médico de su elección a brindar atención médica de emergencia a mi hijo/a en caso de que no puedan comunicarse conmigo de inmediato o con el médico de nuestra familia. Childcare Network acepta proporcionar transporte hasta un centro de atención médica adecuado en caso de una emergencia, y no administrará ningún fármaco o medicamento sin instrucciones específicas del médico. En caso de accidente o enfermedad, me encargaré de pagar todos los gastos médicos generados. Libero a Childcare Network, y a todos sus empleados, funcionarios, directores, empleados y agentes, de toda responsabilidad originada como resultado de cualquier acto que puedan realizar en representación de mi hijo/a.

ENTREGA DEL ESTUDIANTE

_____ (inicial) Acepto que al llevar a mi hijo/a a la escuela, yo o la persona que he autorizado para dejarlo/a, entregaremos a mi hijo/a a su maestro/a o la persona designada por la escuela. También acepto que al recoger a mi hijo/a, yo o la persona que he autorizado, iremos personalmente a la escuela para recibir a mi hijo/a, que estará con su maestro/a o la persona designada por la escuela. En ningún momento dejaré a mi hijo/a en la escuela sin primero informar al personal, ni retiraré a mi hijo/a de la escuela sin informar a su maestro/a. Además acepto que, yo o la persona que he autorizado para llevar y/o recoger a mi hijo/a, firmaremos la hoja de entrada y salida de mi hijo/a diariamente.

TRANSPORTE DESDE Y HACIA LA ESCUELA PÚBLICA O PRIVADA

_____ (inicial) Autorizo no autorizo a que lleven o traigan a mi hijo/a a y/o de una escuela pública o privada. Entiendo que es política de Childcare Network no permitir que ningún niño ingrese o se retire de la escuela a menos que esté acompañado por un adulto.

Escuela pública o privada _____ Grado _____

EXCURSIONES Y ACTIVIDADES ESPECIALES

_____ (inicial) Autorizo no autorizo a que mi hijo/a participe en excursiones y actividades especiales fuera de la escuela. Entiendo que seré notificado con anticipación siempre que mi hijo/a vaya a ser retirado/a de la escuela, y que se me informará, entre otras cosas, la fecha, el destino y el medio de transporte de la excursión. Entiendo también que deberé dar mi autorización por escrito para cada excursión o actividad a realizarse fuera de la escuela.

ACTIVIDADES PLANEADAS FUERA DEL ÁREA CERCADA DE LA INSTITUCIÓN

_____ (inicial) Autorizo no autorizo a que mi hijo/a participe en actividades planeadas fuera del área cercada de la escuela.

NATACIÓN Y ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL AGUA

_____ (inicial) Autorizo no autorizo a que mi hijo/a participe en natación o actividades relacionadas con el agua.

AUTORIZACIÓN PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS

_____ (inicial) Autorizo no autorizo a que mi hijo/a sea fotografiado/a o filmado/a por Childcare Network. Entiendo que las fotografías serán utilizadas para documentar la participación de mi hijo/a en diversas actividades escolares y podrían exhibirse públicamente ante otros estudiantes, padres y maestros.

POLÍTICA DISCIPLINARIA

_____ (inicial) He recibido una copia de la política disciplinaria de Childcare Network. He analizado esta política con personal de la institución, que respondió todas mis preguntas. Entiendo que seré consultado/a para pedir consejos y/o sugerencias sobre otras posibles medidas disciplinarias a tomar con mi hijo/a, si es necesario.

ABUSO O ABANDONO DEL NIÑO

_____ (inicial) Como proveedor de cuidado infantil, Childcare Network está obligado por ley a informar a las autoridades correspondientes sobre cualquier caso donde exista una causa razonable para creer que un niño ha sido abandonado, explotado, privado de sus necesidades, abusado sexualmente, explotado sexualmente, lesionado o que perdió la vida debido a una causa no accidental en la que estuvieron involucrados su padre, madre, tutor legal o cuidador. Childcare Network brindará su total colaboración a las autoridades en la investigación de estas causas. Para evitar cualquier malentendido, se recomienda a los padres que mantengan informado al director de la escuela sobre cualquier moretón, marca o lesión inusual que ocurra en el hogar.

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

_____ (inicial) La información relacionada con su hijo/a es considerada confidencial y Childcare Network no la divulgará a terceros sin antes obtener su autorización por escrito. Sin embargo, es posible que sea necesario compartir información relevante relacionada con la situación familiar de su hijo/a, estado médico y características de su comportamiento con miembros autorizados de la agencia estatal que otorga licencias para el cuidado infantil, o con personas autorizadas por las leyes o regulaciones del estado a recibir esta información.

CAMBIO DEL ESTADO

_____ (inicial) Acepto que notificaré a Childcare Network de inmediato sobre cualquier cambio de la información proporcionada en esta solicitud de inscripción, incluidas las direcciones del hogar y el trabajo, números de teléfono, nombre del médico, composición del grupo familiar, información médica, contactos de emergencia, etc.

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

(marque una opción con un círculo) Páginas amarillas Radio Periódico Pasó por el lugar Agencia _____

Recomendación del padre o la madre de un alumno (nombre) _____ Otra _____

¿INSCRIBIÓ ALGUNA VEZ A SU HIJO/A AN EL PREESCOLAR?

(marque una opción con un círculo) SÍ NO

Si la respuesta es Sí, Lugar 1 _____ Fecha de inscripción ____/____/____

Lugar 2 _____ Fecha de inscripción ____/____/____

Lugar 3 _____ Fecha de inscripción ____/____/____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Director: _____ Fecha: ____/____/____

Imprimir esta solicitud y llevarla a la escuela. Gracias.



Childcare Network

The Working Parent's Best Friend™

PARA USO EXCLUSIVO DEL DIRECTOR

Fecha de retiro: ____/____/____ Motivo del retiro: _____

Las solicitudes de inscripción se consideran independientemente de la raza, credo, color, sexo, religión, nacionalidad o discapacidad del solicitante.
Childcare Network es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. Revisión: 08/01