

envíe el formulario de inscripción y pago al Centro de Apoyo a la Educación M.L. Cisneros, ubicado en 419 Bois D'Arc, al menos 24 horas antes del primer día de asistencia de su hijo/a.

Lockhart ISD Community Education Kids' Club Programa Despues de la Escuela 2021 - 2022 Registracion

Nombre de niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro(a) _____

Opciones de Matricula (seleccione una)

_____ Tiempo Completo

_____ Tiempo Parcial (2 a 3 dias por semana – deben ser los mismos dias cada semana)
Marque los dias: Lunes ___ Martes ___ Miercoles ___ Jueves ___ Viernes ___

_____ Ocasional

Opciones para Recoger a su niño(a) (por favor marque uno) 5:20 _____ 6:20 _____

Informacion de los Padres

Nombre de la Madre _____
Direccion Postal _____ Ciudad/Codigo Postal _____
Direccion Residencial _____
Telefono: Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____
Donde trabaja _____ Correo electronico _____

Nombre del Padre _____
Direccion Postal _____ Ciudad/Codigo Postal _____
Direccion Residencial _____
Telefono: Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____
Donde trabaja _____ Correo electronico _____

Contactos de Emergencia y personas autorizadas a recoger a su niño(a) (deben tener mas de 18 años de edad). Si ninguno de los padres puede contactarse por teléfono, quien puede recoger o hacerse responsable por su niño(a). Contactos locales solamente, por favor.

Nombre _____ Relacion con su hijo(a) _____
Telefono: Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____

Nombre _____ Relacion con su hijo(a) _____
Telefono: Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____

Le podemos dar a su niño(a) acetaminophen (Tylenol) si tiene fiebre de 100.2 o mas? Si ___ No ___

Por favor, mencione restricciones de salud o necesidades especiales (alergias, vision, audicion, etc).

Recibe su niño(a) medicamentos regularmente? Si ___ No ___ Nombre _____

Este medicamento se debe administrar durante nuestras horas Si _____ No _____
(necesita llenar registro de medicamentos antes de ser administrados)

NOMBRE DE MEDICAMENTO

DOSIS EXACTA

INTERVALOS

Tiene alguna condicion que podria resultar en emergencia medica?

Tiene algun comentario que nos podria ayudar a entender su nino(a) mejor? _____

Consentimiento de tratamiento a menores

Doctor _____ Telefono _____

Hospital Preferido _____ Ciudad _____

En caso de accidente o enfermedad, yo requiero que un empleado del distrito escolar me contacte. Yo le doy autorización al personal escolar a llamar al servicio de ambulancias de emergencias (EMS) para recibir el tratamiento de emergencia que sea necesario. Este procedimiento se hara en circunstancias de emergencia o enfermedad cuando el personal autorizado de la escuela lo crea necesario, de acuerdo a la condicion de mi niño(a). Ademas, yo asumo la responsabilidad del costo de los servicios de emergencia (EMS), para el hospital y doctores.

Firma _____ Fecha _____

(Padre/Madre o Guardian Legal)

PADRE/MADRE o GUARDIAN LEGAL (marque consentimiento con sus iniciales)

_____ Yo estoy de acuerdo con la Guia de Informacion del Programa Despues de Escuela *Kids' Club*.

_____ Yo doy permiso a que se usen fotografías tomadas de mi hijo(a) en el periódico local y en el sitio internet de el distrito escolar de Lockhart y en paginas sociales de internet: **Si** ___ **No** ___

_____ Yo doy permiso al Programa *Kids' Club* a transportar a mi niño(a) a excusiones o pasadias u otras actividades especiales fuera de la escuela con notificacion previa.

_____ Yo entiendo que el Programa *Kids' Club* es un programa voluntario y la disciplina excesiva puede ser causa de suspencion y/o terminacion de los servicios.

_____ Creditos or devoluciones no se conseredan por causa de ausencia del estudiante o por cierre de escuelas del distrito. Devoluciones por causa de cesar actividades seran revisadas invidualmente.

_____ Opcion para pago: (Marque su preferencia)

Mensualmente (el 1^{er} Martes) _____

Cada dos semanas (el 1^{er} and 3^{er} Martes) _____