

**Escuelas Públicas de Wichita - Programa para Niños en Edad Escolar- (Latchkey)  
Contrato de los Padres para Matrícula**

**Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:**

1. Se me requiere acompañar a mi niño hacia el área de guardería supervisada y registrar el ingreso y salida de mi niño en el computador.
2. Proveer una fotografía de la persona autorizada para recoger al estudiante quien debe ser mayor de 18 años y registrada en el *bio reader*.
3. Notificaré por escrito con dos semanas de anticipación el retiro de mi niño del programa.

**Tarifas**

4. La **tarifa de matrícula** por niño se paga al momento de la matrícula y no es reembolsable.
  - a. Si el estudiante se transfiere a otra escuela durante el año escolar, no paga otra tarifa de matrícula
  - b. Si el niño es retirado y se vuelve a matricular durante el año escolar, debe pagar una nueva tarifa de matrícula.
5. Los **días contratados semanalmente** serán cobrados al inicio de la semana. No se le cobrará por días que la escuela no esté en sesión.
  - a. Abajo está el horario específico que he contratado por cada día en el Programa para Niños en Edad Escolar.
  - b. Se requiere un mínimo de 2 días por semana.
  - c. Pagaré por el horario contratado para mi niño en el Programa para Niños en Edad Escolar **sin tener en cuenta la asistencia.**
  - d. Los días contratados no serán intercambiados por otros días diferentes de la semana. Si su niño asiste en un día diferente que el que se ha listado debajo, se le cobrará por esos días al final de la semana.
6. Se cobrará una **tarifa por pago atrasado** de \$5 el último día de la semana que no se pagó por adelantado.
7. Se cobrará **\$1.00 por cada minuto** adicional que deje a mi niño después de la hora de cierre y continúa hasta que recoja a mi niño. **Si pasados treinta minutos después del horario de cierre v no hemos podido comunicarnos con una persona autorizada para recoger al niño; se considerará que mi niño está abandonado v se llamará a un oficial de policía para que lo recoja.**
8. Al tercer niño y/o cualquier niño adicional en la familia que asista al Programa para Niños en Edad Escolar se le cobrará la mitad del precio por las horas contratadas. **La tarifa de matrícula no es a mitad de precio en este caso.**

**Pagos**

9. **El pago para la semana** debe hacerse el primer día de asistencia esa semana.
10. Se le permite a cada niño un (1) día de permiso por enfermedad/vacaciones por día contratado durante el año escolar. Debo solicitarle el crédito al director del programa. En caso de enfermedades que requieran que mi estudiante se ausente por más de cinco (5) días consecutivos, se hará una consideración administrativa especial.
11. No estar al día con los pagos es causal para que el niño sea retirado del programa. Después de 30 días de no haber efectuado el pago correspondiente, mi deuda puede ser enviada a una oficina de cobros (collections).

**Complete el horario estimado de llegada y salida para cada día. Estos horarios especificados son requeridos por el Departamento de Salud y Medio Ambiente del Estado de Kansas (KDHE).**

Hora de llegada: Lunes \_\_\_\_\_ Martes \_\_\_\_\_ Miércoles \_\_\_\_\_ Jueves \_\_\_\_\_ Viernes \_\_\_\_\_  
 Hora de salida: Lunes \_\_\_\_\_ Martes \_\_\_\_\_ Miércoles \_\_\_\_\_ Jueves \_\_\_\_\_ Viernes \_\_\_\_\_

Las tarifas son establecidas por el Distrito Escolar de Wichita.

**Tarifa de matrícula**  
**Año escolar \$15.00**

**Tarifa de asistencia diaria**  
**\$6.00**

Para recibir la tarifa reducida, debe mostrar una confirmación de Servicios de Nutrición.

**Tarifa de matrícula reducida**  
**Año escolar \$13.00**

**Tarifa de asistencia diaria reducida**  
**\$ 5.00**

**El cumplimiento de este contrato es para brindar protección a los padres y asegurar la continuidad del Programa de Edad Escolar (SAP, por sus siglas en inglés).**

Nombre del niño(a) (en letra imprenta): \_\_\_\_\_ Grado en la escuela \_\_\_\_\_

Nombre del padre (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del director: \_\_\_\_\_ Teléfono del programa SAP # \_\_\_\_\_

El horario del Programa SAP en: \_\_\_\_\_ es: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

**ESCUELAS PÚBLICAS DE WICHITA - PROGRAMA PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (SAP) (Latchkey)  
CONTRATO DE LOS PADRES Y ACEPTACIÓN DE LAS NORMAS Y EXPECTATIVAS DEL PROGRAMA**

La **supervisión** es proporcionada por el director (maestro certificado) y otros empleados del distrito. La cantidad de personal se basa en la proporción de 1 miembro del personal por cada 15 estudiantes. Por lo menos un miembro del personal en servicio es certificado en Reanimación Cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés) y Primeros Auxilios.

**Cada día** los niños que asistan tendrán la oportunidad de participar en una variedad de actividades tales como ayuda en las tareas, artes y manualidades, jugar en los exteriores, tiempo para desarrollar una actividad de su elección y tiempo de juego organizado.

**La medicina** que se requiera tomar durante las horas del programa SAP debe estar en su envase original con la etiqueta marcada en forma clara y los papeles requeridos completos.

**Desayuno y bocaditos** se ofrece el desayuno a un costo adicional que se paga directamente a los Servicios de Nutrición. Los niños reciben un nutritivo snack/bocadito en la tarde sin costo adicional.

**Seguro** nuestro distrito escolar ofrece un seguro de responsabilidad civil y una póliza de seguro colectivo. Este seguro colectivo cubre a los estudiantes de Latchkey cuando se lesionan durante Latchkey. Esta prima se paga por medio de una cuota de inscripción. En el caso de una lesión, la póliza de seguro colectivo funcionará como su seguro secundario. Si usted no tiene seguro, esta póliza del distrito podría servir como su seguro primario. Al momento de ocurrir una lesión, se le proporcionará un formulario de reclamo para completar junto con una copia de la explicación de los beneficios de cobertura. Esta copia de explicación de los beneficios de cobertura está disponible a los padres a su solicitud.

**Razones para retirar al niño del Programa:**

- Continuos pagos tarde.
- Falta de pago de cuotas por los servicios por dos semanas.
- Que el niño falte por diez (10) días escolares consecutivos durante el año escolar sin notificación escrita o sin pago (por estos días programados no asistidos se cobrará la tarifa diaria acordada)
- Incumplimiento del niño o padre de las normas del Programa para Niños en Edad Escolar (SAP).
- Repetidos problemas de mala conducta.
- No cumplimiento de los padres/tutores sobre el horario del programa (recoger al niño tare repetidas veces)

**Reglas y expectativas de los niños en el Programa (SAP) alineadas a las normas de disciplina de la escuela:**

- Se espera que tenga un comportamiento positivo y apropiado:
- Se espera que los niños respeten los derechos de los demás
- Se deben respetar las reglas de seguridad de la escuela.
- Los niños deben obedecer a los adultos encargados de una manera respetuosa y con cortesía.
- Por favor deje los artículos personales en casa. El personal no es responsable de ningún artículo personal traído a la escuela.

**Autorización, acuerdo y aceptación de los padres:**

**Ponga sus iniciales para dar conformidad o escriba NO para declinar.**

- \_\_\_ 1. Mi hijo(a) tiene permiso para participar en todas las actividades ofrecidas.
- \_\_\_ 2. Cualquier fotografía que se le tome a mi hijo(a) puede ser usada en los boletines, exposiciones, pizarra de anuncios u otro tipo de publicaciones educativas.
- \_\_\_ 3. Notificar al director del programa sobre cualquier cambio que ocurran en la familia y que pudieran afectar la asistencia, actividades o comportamiento de mi hijo(a) y se le proporcione un mejor cuidado al respecto.
- \_\_\_ 4. Proporcionar por escrito cambios respecto al horario de mi hijo(a), nueva dirección de casa/trabajo/números celulares de mi mismo así como de las personas autorizadas para recoger a mi hijo(a).
- \_\_\_ 5. He recibido un manual del Programa para Niños en Edad Escolar.

**HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON TODO LO ANTERIOR.**

Nombre del Niño (letra imprenta por favor) \_\_\_\_\_

Nombre del padre (letra de imprenta por favor) \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Escuelas Públicas de Wichita - Programa de Guardería para Edad Escolar (Latchkey)  
Personas Autorizadas para Recoger Estudiantes**

Padre/Tutor del participante \_\_\_\_\_  
(Nombre del niño en letra imprenta)

El padre/tutor debe firmar la entrada y salida de su niño diariamente.

Liste abajo las personas que **frecuentemente** van a estar dejando y recogiendo a su estudiante (incluyéndose usted). A cada persona listada abajo se le requerirá tener una foto en los archivos.

1. \_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta                      Relación con el niño                      # de teléfono (requerido)  
  
\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad, estado, código postal
2. \_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta                      Relación con el niño                      # de teléfono (requerido)  
  
\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad, estado, código postal
3. \_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta                      Relación con el niño                      # de teléfono (requerido)  
  
\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad, estado, código postal
4. \_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta                      Relación con el niño                      # de teléfono (requerido)  
  
\_\_\_\_\_  
Dirección, ciudad, estado, código postal

**En el evento de una emergencia en donde otra persona necesite recoger al estudiante, usted deberá contactar al personal de la guardería y proporcionar al nombre de la persona. Se le requerirá una identificación con foto.**

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ESCUELAS PÚBLICAS DE WICHITAS**  
**PROGRAMA DE GUARDERÍA PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (SAP, por sus siglas en inglés)**  
(Latchkey)  
**DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE**

Por medio de la presente designo a \_\_\_\_\_,  
*(Nombre de la institución exactamente como se establece en la licencia o número de licencia)* \_\_\_\_\_ *(nombre de la escuela)*  
quien es miembro del personal SAP, o al personal de la escuela \_\_\_\_\_ que es  
*(nombre de la escuela)*  
representante de la institución nombrada con el propósito de autorizar y darle consentimiento para proporcionar cualquier y todos los servicios médicos y tratamiento de emergencia a mi niño \_\_\_\_\_  
*(nombre y apellido del hijo o de la hija)*  
que puedan ocurrir mientras mi niño está bajo el cuidado o en custodia de dicha institución, desde \_\_\_\_\_  
*(Mes/Día/Año)*  
y \_\_\_\_\_, mientras yo esté ausente o en caso de no estar disponible inmediatamente para dar  
*(Mes/Día/Año)* consentimiento

**Información para la Sala de Emergencia:**

Liste cualquier alergia conocida u otra información pertinente sobre el estado de salud de este niño en caso de emergencia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante seguro de salud? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

Si su respuesta es SI, por favor complete lo siguiente:

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de la Póliza: \_\_\_\_\_

Programa Médico de Asistencia: \_\_\_\_\_ Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de Tarjeta de Asistencia Médica Militar (ID): \_\_\_\_\_

Si lo sabe, ¿cuál es la fecha de la última vacuna contra el Tétanos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Firma de uno de los Padres/Tutor)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha en que se firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre/Tutor (en letra de imprenta)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Testigo para la firma del padre/tutor** (que no sea empleado del Programa para Edad Escolar-SAP) Fecha

\_\_\_\_\_  
**Nombre del testigo en letra de imprenta**

El formulario de historia y evaluaciones médicas (o formulario de historia médica para el Programa de Niños en Edad Escolar) y el de autorización para servicios médicos y tratamiento de emergencia deben ser llevados a la sala de emergencia. Ambos formularios deben estar en el vehículo cuando el niño sea transportado por la institución.

## Introducing efficiency tools for EBT cardholders ...on the web!

- ✓ Review your transactions
- ✓ View the balance on your EBT card
- ✓ Read helpful hints

[www.ebtedge.com](http://www.ebtedge.com)

**Start using these tools  
On the web today!**

### Registration is easy!

- ✓ Go to [www.ebtedge.com](http://www.ebtedge.com) (add to favorites)
- ✓ Click on “More Information” in the EBT Cardholder box.

EBT Cardholders

- View the balance on your EBT card
- Review your transactions
- Read helpful hints

[More Information](#)

---

**EBT Cardholder Log In**

You can easily view your current account balance and review your card transactions. Enter the number found on the front of your EBT card at the top (shown with a red line)

EBT Card #

Card Number   
(Do not include spaces)

**ELECTRONIC BENEFITS CARD**

You can call 1-800-997-6666 for help

**ALWAYS PROVIDE A RECEIPT** for your director.  
You can print or e-mail the receipt.  
See the director for the e-mail address.

# Visit MyPaymentsPlus Online...

Your One-Stop-Shop for all  
School Payment Needs




## Use MyPaymentsPlus to:

- Manage and keep track of all student payments in one convenient location
- Pay for Latchkey and/or meals, see what your students are eating in school, setup automatic reminders and payments
- Pay for school fees designated specifically for the school your students attend
- Stop sending multiple checks to multiple schools and/or departments

## Free sign-up:

- Visit [www.MyPaymentsPlus.com](http://www.MyPaymentsPlus.com)
- Click "Register a Free Account"
- Follow the simple, onscreen instructions



**ALWAYS NOTIFY THE  
LATCHKEY DIRECTOR OF  
YOUR PAYMENT BY PRINTING  
OR E-MAILING THE  
CONFIRMATION**



**MyPaymentsPlus™**

Online Payment System  
Powered by Horizon Software International, LLC

Once you complete your **FREE** registration,  
enter your log-in information below

My Username: \_\_\_\_\_

My Password: \_\_\_\_\_

[www.MyPaymentsPlus.com](http://www.MyPaymentsPlus.com)



**Create your FREE account today by visiting  
[www.MyPaymentsPlus.com](http://www.MyPaymentsPlus.com)**

**Escuelas Públicas de Wichita – Programa para Niños en Edad Escolar (Latchkey)  
Cuestionario de pago**

¿Cómo planea hacer los pagos de Latchkey? Por favor ponga sus iniciales en la caja apropiada.

- Cheque/efectivo/giro postal
- Pagar con tarjeta de crédito o débito personalmente en este sitio
- En línea en MyPaymentPlus (solamente con tarjeta de crédito o débito) por favor tome un volante y afirme conocimiento con sus iniciales abajo
- Tarjeta DCF (a través del Departamento de Niños y Familias) por favor tome un volante y afirme conocimiento con sus iniciales abajo 😊

Afirmo conocimiento con sus iniciales en las dos declaraciones de abajo.

\_\_\_ \* Se aplicará un importe de \$5 por pago tarde en mi cuenta el último día de la semana por el saldo adeudado.

\_\_\_ \* Falta de pago por dos semanas puede resultar en que su estudiante sea removido del programa.

**Pago en línea en MyPaymentPlus – afirme conocimiento con sus iniciales abajo.**

- \_\_\_ \* El director del programa debe recibir la hoja de confirmación de MyPaymentPlus antes de aplicarse el pago.
- Proporcione la hoja impresa de confirmación o reenvíe la confirmación del correo electrónico.
    - Cuando reenvíe el correo electrónico, espere una respuesta de agradecimiento. Si usted no recibe una respuesta, notifique verbalmente al director que ha reenviado el correo electrónico. Pudiera ir al correo basura (spam) la primera vez.
  - Solamente se disculpará un pago tarde por atraso en la notificación.
  - Nuestro sistema no está unido al sitio en línea de MPP como los Servicios de Nutrición. Ellos no nos notifican que usted ha hecho su pago. El saldo que usted ve en MPP es el saldo de los alimentos.
  - La aplicación en el teléfono solo funciona para los alimentos en este momento.
  - Asegúrese de ver el nombre de su sitio y SAP Latchkey antes de hacer un pago para evitar que el mismo vaya a alimentos o a una escuela equivocada.

**Abajo marque su afirmación de conocimiento con sus iniciales.**

- \_\_\_ \* Notifique al director del programa de los pagos en línea. El sitio en línea no nos notifica a nosotros.
- Los pagos se debieran hacer por la suma de su guardería. No se nos permite quedarnos con fondos excesivos para usar en el futuro.

Nombre del (de los) niño (s): \_\_\_\_\_

Nombre del padre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sitio de Latchkey: \_\_\_\_\_

# Escuelas Públicas de Wichita - Programa para Niños en Edad Escolar (SAP)

## Guía de Comportamiento y Norma de Disciplina

### Expectativas

- ✓ Cada niño del programa SAP es responsable por sus acciones personales. El derecho a participar en SAP conlleva la obligación de mantener un comportamiento aceptable.
- ✓ No se permitirá actuar de manera desafiante ni cualquier demostración de falta de respeto de palabra o acción, hacia cualquier miembro del personal.
- ✓ La grosería y la vulgaridad no están permitidas.
- ✓ Se espera que el alumno que robe o maliciosamente destruya o desfigure la propiedad, deba restituirla como parte de las consecuencias o será removido del programa SAP.
- ✓ Los padres deberán involucrarse en ayudar al personal de SAP para asegurar una solución significativa y positiva por las acciones de comportamiento de su hijo.
- ✓ La grosería de los padres dirigida al personal de SAP es razón para el despido del programa

### El personal usará manejo de comportamiento positivo

- Repasará el comportamiento esperado del niño para la actividad seleccionada de manera positiva.
- Proporcionará opciones - ¿prefieres jugar con esto o esto? Indicará específicamente el comportamiento esperado del niño.
- Se le dará un tiempo para reflexionar de acuerdo a la edad, lejos de otros estudiantes como sea necesario. El niño permanecerá en tiempo de reflexión sólo por lo suficiente mientras se controla. El personal usará las expectativas CHAMPS/Segundo Paso según sea necesario para ayudar a los estudiantes a recuperar el control.
- El tiempo de reflexión y las hojas se completarán en un área designada, bajo la supervisión visual del personal.

### Tiempo para reflexionar y hojas de reflexión

1. Las infracciones de comportamiento resultarán en tiempo para reflexionar, como primer paso.
2. Como segundo paso, tendrán que completar las hojas de reflexión. Las hojas de reflexión serán firmadas por el padre y archivadas en folder del estudiante.

### Reporte de comportamiento

1. Un reporte de comportamiento SAP se completará después de tres hojas de reflexión.
2. Dos reportes de comportamiento SAP por violaciones distintas a las de Cero Tolerancia, resultarán en una suspensión de dos días del programa SAP.
3. Tres reportes de comportamiento SAP por violaciones distintas a las de Cero Tolerancia, resultarán en el despido del programa SAP

### Los comportamientos Cero Tolerancia incluyen pero no se limitan a:

***Golpear, intimidar, acoso/gestos sexuales, falta de respeto extremo de palabra o acción.***

1. La primera violación de Cero Tolerancia recibirá automáticamente un reporte de comportamiento y recibirá dos días de suspensión del programa SAP o un posible despido de SAP, dependiendo de la gravedad del incidente.
2. La segunda violación de Cero Tolerancia recibirá un reporte de comportamiento y resultará en despido de SAP.

### Traer un arma es un despido automático del programa SAP y posible expulsión de la escuela.

- ❖ Los padres son informados del comportamiento de su hijo por el director de la guardería o su asistente.
- ❖ Los días de suspensión se cobran, pero se puede usar un crédito de ausencia a petición del padre.
- ❖ El despido del programa SAP es por el resto del año escolar y posiblemente por el año siguiente.

SAP puede remover permanentemente a cualquier niño cuyo comportamiento crea un riesgo significativo de daño a la salud o seguridad de otros niños o del personal, por no seguir los pasos delineados anteriormente.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Norma de la guardería (Latchkey) para estudiantes que son recogidos tarde

---

*Todas las cuentas tendrán un recargo de \$1 por niño por cada minuto después de las 6:00 pm*

## Más de cinco minutos

1ª vez - tarde por cinco minutos o más, recibe un recordatorio de que el programa cierra a las 6:00 pm y que la repetición es una razón para el despido del programa de guardería *latchkey*.

2ª vez - tarde por cinco minutos o más, recibe una copia de su formulario de inscripción E-2 firmado. Bajo el título, **Razones para el despido**, se resalta la línea donde dice qué pasa si se repite que el estudiante sea recogido tarde. El padre es notificado de que la próxima vez que esté más de cinco minutos tarde, será su última semana en el programa de guardería *latchkey*.

3ª vez - tarde por cinco minutos o más, los padres serán notificados de que esta es su última semana en el programa de guardería *latchkey*.

## Menos de cinco minutos

1ª vez - tarde por menos de cinco minutos, recibe un recordatorio de que el programa cierra a las 6:00 pm y que la repetición es una razón para el despido del programa de guardería *latchkey*.

2ª y 3ª vez – tarde por menos de cinco minutos, recibe un recordatorio verbal de que recoger al estudiante tarde es una razón para retirarlo del programa de guardería.

4ª vez – tarde por menos de cinco minutos, recibe una copia de su formulario de inscripción E-2 firmado. Bajo el título, **Razones para el despido**, se resalta la línea donde dice qué pasa si se repite que el estudiante sea recogido tarde. El padre es notificado de que la próxima vez que esté más de cinco minutos tarde, será su última semana en el programa de guardería *latchkey*.

5ª vez – tarde por menos de cinco minutos, el padre es notificado de que esta es su última semana en el programa de guardería *latchkey*.

**HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO TODO LO ANTERIOR**

---

Firma de Padre/Madre o Guardian

**Kansas Department of Health and Environment**  
 Bureau of Family Health  
 Child Care Licensing Program  
 1000 SW Jackson, Suite 200  
 Topeka, KS 66612-1274  
 Phone: (785) 296-1270 Fax (785) 559-4244  
 Website: www.kdheks.gov/kidsnet



**HEALTH HISTORY FOR CHILDREN AND YOUTH ATTENDING SCHOOL AGE PROGRAMS**

As required by K.A.R. 28-4-590(d) (1), each operator shall obtain a health history for each child or youth, on a form supplied by the department or approved by the secretary. Each health history is to be maintained in the child's or youth's file on the premises. As required by K.A.R. 28-4-590(d)(2), each operator shall require that each child or youth attending the program has current immunizations as specified in K.A.R. 28-1-20 or has an exemption for religious or medical reasons.

**Complete one form for each child or youth attending the School Age Program.**

<b>First and Last Name of the Child or Youth</b>	<b>Gender (M or F)</b>	<b>Date of Birth (MM/DD/YYYY)</b>	<b>First day at this program: (MM/DD/YYYY)</b>
--	------------------------	-----------------------------------	--

<b>First and Last Name of the Child's or Youth's Mother or Guardian</b>
---

<b>Mother/Guardian's Home Street Address</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Home Phone # ( )</b>
--	-------------	-----------------	-------------------------

<b>Mother/Guardian's Work Place Name &amp; Street Address</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Work Phone # ( )</b>
---	-------------	-----------------	-------------------------

<b>First and Last Name of the Child's or Youth's Father or Guardian</b>
---

<b>Father/Guardian's Home Street Address</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Home Phone # ( )</b>
--	-------------	-----------------	-------------------------

<b>Father/Guardian's Work Place Name &amp; Street Address</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Work Phone # ( )</b>
---	-------------	-----------------	-------------------------

<b>Names and ages of other children in the Child or Youth's Family (Attach additional page if needed.)</b>
--

<b>Person(s) authorized to pick up the Child or Youth in case of emergency. Include first and last name and Street Address. Attach additional page if needed.</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Phone Number (during program hours):</b>
1.			
2.			
3.			

<b>First and Last Name of Physician &amp; Street Address</b>	<b>City</b>	<b>Zip Code</b>	<b>Phone Number ( )</b>
--	-------------	-----------------	-------------------------

<b>Name of Hospital Preference in case of emergency.</b>
--

<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>N/A</b>	<b>Complete the following information about medications for this child or youth.</b>
			Will this child or youth need to take any nonprescription or prescription medication during their time at the program?
			If yes above, is there signed permission on file?

**Circle any of the following conditions or difficulties that affect this child or youth.**

Allergies	Frequent sore throats/ colds	Ear Infections or Aches	Heart or Lung Conditions
Skin Problems	Asthma	Headaches	Diabetes
Vision	Speech/Communication	Hearing	Emotion/Behavior
Other: Please describe.			

If you circled any of the above conditions, please provide additional information that will help the staff members meet the child's or youth's needs while attending the program. (Attach additional page, if needed.)

Provide additional information about your child or youth that might affect him/her while at the School Age Program including any special needs, restrictions to activities, major changes at home or special instructions. (Attach additional page, if needed.)

Complete the following information about this child's or youth's immunization status.

Yes	No	
		Did this child or youth attend a public or accredited non-public school in Kansas, Missouri or Oklahoma the previous year?
		If yes, are this child's or youth's immunizations current?
X	X	If yes to both of these questions, you do NOT need to complete the immunization history below. If no to either of the above questions, you must complete the immunization history below for this child or youth or attach a copy of the child's or youth's immunization history.

Please give dates in the space below for ALL immunization series completed by this child or youth. Record MM/DD/YYYY.

		1	2	3	4	5
	DPT, DT*, TD (*DT only if child is allergic to DTP)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	POLIO	/ /	/ /	/ /	/ /	
	MMR	/ /	/ /			
Single Dose Only	RUBEOLA (MEASLES)	/ /	/ /			
	MUMPS	/ /	/ /			
	RUBELLA (GERMAN MEASLES)	/ /	/ /			
	HIB (Hemophilus Infl. B) *RECOMMENDED	/ /	/ /	/ /	/ /	
	HBV (Hepatitis B Vaccine) *RECOMMENDED	/ /	/ /	/ /		
	VAR (Varicella-Chicken Pox) *RECOMMENDED	/ /				

Print the First and Last Name of the Person Completing this Health History form	Relationship to the Child/Youth	Date Completed
---	---------------------------------	----------------

If the Health History form was completed by a person other than a Parent/Guardian, who provided you with this information?	What is that person's relationship to the child/youth?
--	--

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, the information provided on this form is true and correct.

Signature of person completing this form	Date Signed
--	-------------