

ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PARROQUIA DE JEFFERSON

CUIDADO INFANTIL EN ESCUELA

INFORMACION SOBRE REGISTRACION Y SALUD

Spanish Version

DATE

Amount Paid

Date Paid

Check #

Nombre del niño/a _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: _____ Edad: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estate: LA Código Postal: _____

Madre/ _____
Guardián _____ Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Padre/ _____
Guardián _____ Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

EL CUIDADO INFANTIL PUEDE LLAMAR A LA(S) SIGUIENTES PERSONAS EN CASO DE QUE NO PUEDAN CONTACTARME:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Doctor _____ Teléfono _____

Hospital _____ Teléfono _____

Por favor tenga en cuenta que su hijo/a no será entregado a ninguna persona que no aparezca en la lista arriba indicada.

PERMISO DE EMERGENCIA DE LOS PADRES: En caso de una lesión o enfermedad, solicito a la escuela ser contactado. Si la escuela no puede contactarme, autorizo a la escuela a llamar al medico arriba indicado y seguir sus instrucciones.

Si no es posible contactar al medico, la escuela podrá hacer cualquier arreglo que sea necesario. _____ Por favor ponga sus iniciales.

INFORMACIÓN DE SALUD: Por favor encierre si o no si alguna de las siguientes se aplica a su hijo/a.

SU HIJO/A TIENE/ES:

Alergias	si *	no	* Si su respuesta es si, por favor detallar: _____	si *	no	* Si el/la estudiante necesita tomar medicamentos durante el Cuidado Infantil, unas formas deberán de ser completadas y revisadas por la enfermera antes de que comience el Cuidado Infantil. Ver al Director/a para las formas.
Ceguera/ Visión Parcial	si	no	REQUIERE MEDICAMENTOS	si	no	
Usa silla de ruedas	si	no	Asma	si	no	
Diabetes	si	no	Parálisis Cerebral	si	no	
Epilepsia	si	no	Sordo/ Dificultades para	si	no	
Distrofia Muscular	si	no	Problemas de lenguaje	si	no	

Clasificación de Educación Especial: _____ Otros problemas médicos: _____

COSTOS DE CUIDADO INFANTIL: SIN EFECTIVO ACEPTADO/ SIN REEMBOLSOS/ SIN CREDITOS Mi hijo/a asistirá a: (Encierre Uno)

REGISTRACIÓN: \$20.00	COSTOS DE CUIDADO INFANTIL: \$20.00 A.M.	Cuidado AM
	\$27.00 P.M.	Cuidado PM
	\$32.00 A.M. Y P.M.	Cuidado AM y PM

COSTOS POR SERVICIOS: \$5.00 Costo por servicios por niño A.M. Todos los empleados de las Escuelas Públicas de la Parroquia de Jefferson recibirán un 10% de descuento. Prueba de empleo deberá ser presentada en el momento de la registración.

\$7.00 Costo por servicio por niño P.M.

\$11.00 Costo por servicio por niño A.M./P.M.

SERVICIOS DURANTE DIAS FERIADOS: DIA COMPLETO \$25.00 1/2 DIA \$15.00 (cuando este disponible)

REGULACIONES DEL CUIDADO INFANTIL LEA LO SIGUIENTE Y EL MANUAL DE CUIDADO INFANTIL PARA PADRES

1. Su hijo/a será entregado solamente a las personas que aparecen en la lista del formulario de registración.
2. Las matriculas deben de pagarse el Lunes o el primer día de escuela de la semana. Un recargo de \$5.00 por día/por familia se hara a todo pago hecho tarde mas el costo por servicio. Si el pago no se recibe antes del viernes, el estudiante no podrá asistir hasta hacer el pago.
3. Todos los cheques y giros postales deberán de ser hechos a nombre de la escuela.
4. Cualquier cheque sin fondo deberá de ser pagado a la contadora de la escuela más un recargo de \$25. Nombre, dirección, nombre del niño/a y numero de teléfono deberá de aparecer en cada cheque.
5. Un cargo por demora se hará por niño/a que se recoja después de las 6:00 p.m. (\$1.00/minuto adicional) **TARIFAS POR FAMILIA.** Después de 3 referencias, su hijo/a será removido/a del Programa Cuidado Infantil.
6. No se proveera cuidado infantil en días de salida temprana.
7. Problemas disciplinarios podrán resultar en la salida del Programa de Cuidado Infantil.
8. Un cargo adicional de \$15 será necesario para copias de recibos.

HE LEIDO LA LISTA DE REGULACIONES SOBRE EL CUIDADO INFANTIL, Y HE RECIVIDO UNA COPIA DEL MANUAL DE CUIDADO INFANTIL PARA PADRES, Y COMPRENDO MIS RESPONSABILIDADES CON EL PROGRAMA.

Fecha

Revised 7/2017