

**JEFFERSON PARISH PUBLIC SCHOOLS
SCHOOL BASED CHILD CARE
REGISTRATION AND HEALTH INFORMATION**

DATE: _____	AMOUNT PAID: _____
SITE: _____	DATE PAID: _____
	Registration check #: _____

Child's Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: _____ Age: _____ Grade: _____

Home Address: _____ City: _____ State: **LA** Zip: _____

Mother/Guardian _____ Cell Phone: _____ Home Phone: _____ Work Phone: _____

Father/Guardian _____ Cell Phone: _____ Home Phone: _____ Work Phone: _____

CHILD CARE MAY CALL THE FOLLOWING IF I CAN NOT BE REACHED:

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Doctor _____ Phone _____

Hospital _____ Phone _____

PLEASE NOTE THAT YOUR CHILD WILL NOT BE RELEASED TO ANYONE OTHER THAN THOSE LISTED ABOVE.

EMERGENCY PARENTAL PERMISSION: In case of injury or serious illness, I request the school to contact me. If the school is unable to reach me, I hereby authorize the school to call the doctor indicated above and to follow his/her instructions. If it is impossible to contact this doctor, the school may make whatever arrangements are necessary. _____ Please initial _____

HEALTH INFORMATION: Please circle yes or no if any of the following pertains to your child.

MY CHILD HAS/IS:

Allergies yes * no * If yes please list: _____

Blind/Partial Sight yes no **REQUIRES MEDICATION:** yes * no

Confined to wheel chair yes no Asthma yes no

Diabetes yes no Cerebral Palsy yes no

Epilepsy yes no Deaf /Hard of Hearing yes no

Muscular Dystrophy yes no Severe speech problems yes no

* If student is required to take medication during Child Care the proper paper work must be completed and reviewed by the nurse before the student can start the Child Care program. See Director for paper work.

Special Education Classification: _____ Other medical problems: _____

CHILD CARE FEES:			NO CASH ACCEPTED/NO REFUNDS/NO CREDITS	My Child will attend: (Circle one)
REGISTRATION:	\$ 20.00	Aug.-Jan.	CHILD CARE FEES: \$20.00 A.M.	
(No Emp. Discount)	\$ 15.00	Feb. - Apr.	\$27.00 P.M.	AM Care
	\$ 10.00	May	\$32.00 A.M. & P.M.	PM Care
				AM & PM Care

DROP IN FEES: \$5.00 per child drop in A.M. \$7.00 per child drop in P.M. \$11.00 per child drop in A.M. & P.M.	All Current Jefferson Parish Public School System Employees will receive a 10% Discount for their children. Proof of employment must be given at registration.
--	--

HOLIDAY CARE: FULL DAY \$25.00 1/2 DAY \$15.00 When available. Student must be registered in Child Care to attend.

CHILD CARE REGULATIONS: PLEASE READ THE FOLLOWING & THE CHILD CARE PARENT HANDBOOK

1. Your child will be released only to persons listed on this registration form.
2. All tuition is due on **Monday** or the first school day of the week. A penalty fee of \$5.00 per day/per family will be charged for all late payments including drop-in fees. **If payment is not received by Friday, the student(s) may not attend until payment is made.**
3. All checks and money orders must be made payable to the school.
4. Any **NSF checks must be cleared with the school account clerk with a fee of 25.00.** Name, address, child's name and phone number must be on all checks.
5. A late fee is collected for children picked up after 6 p.m. closing. (\$1.00 for each additional minute) FEES ARE PER FAMILY. After 3 occurrences, your child may be dismissed from the Child Care Program.
6. No child care will be provided on early release days.
7. Discipline problems may result in dismissal from the Child Care Program.
8. A charge of \$15.00 is required for additional copies.
9. Parent can pay weekly fees online at [www. MySchoolBuck.com](http://www.MySchoolBuck.com), a usage fee is charged for this convenience.

I HAVE READ THE ABOVE LISTED CHILD CARE REGULATIONS, RECEIVED A COPY OF THE CHILD CARE PARENT HANDBOOK AND UNDERSTAND MY RESPONSIBILITY TO THE PROGRAM.

Parents/Guardians Signature _____

Date _____

JEFFERSON PARISH PUBLIC SCHOOLS
SCHOOL BASED CHILD CARE
GHI DANH GIỮ TRẺ VÀ THÔNG TIN Y TẾ

Vietnamese Version

SITE:

Amount Paid: _____

Date Paid: _____

Check #: _____

Tên học sinh: _____ Ngày/Tháng/Năm sinh: _____ Phái tính: _____ Tuổi: _____ Lớp: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ State: **LA** Zip: _____

Mẹ/người Giám hộ _____ Số điện thoại tay _____ Số điện thoại nhà _____ Số điện thoại nơi làm việc _____

Cha/người Giám hộ _____ Số điện thoại tay _____ Số điện thoại nhà _____ Số điện thoại nơi làm việc _____

NẾU KHÔNG LIÊN LẠC ĐƯỢC VỚI TÔI CHILD CARE CÓ THỂ LIÊN LẠC VỚI DANH SÁCH SAU ĐÂY:

Tên _____ Liên hệ _____ Số điện thoại _____

Tên _____ Liên hệ _____ Số điện thoại _____

Tên _____ Liên hệ _____ Số điện thoại _____

Tên Bác Sĩ _____ Số điện thoại _____

Bệnh viện _____ Số điện thoại _____

XIN LƯU Ý CON CỦA QUÝ VỊ SẼ KHÔNG ĐƯỢC RA VỀ VỚI BẤT AI NGOÀI DANH SÁCH NHỮNG LIÊN HỆ TRÊN.

PHỤ HUYNH CHO PHÉP RA VỀ TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP: Nếu trường hợp bị tai nạn, bệnh nguy hiểm

Tôi cho phép nhà trường gọi Bác sĩ hoặc người liên hệ trong danh sách cho trường hợp không liên lạc được với tôi.

Nếu trường hợp không liên lạc được với Bác sĩ nhà trường có thể làm gì khi cần thiết. Vui lòng ký tên vào _____

THÔNG TIN Y TẾ: Vui lòng khoanh tròn Có hoặc Không Nếu trẻ có.

CON TÔI CÓ/LÀ:

Dị ứng	có *	không *	vui lòng đánh dấu vào có nếu có vấn đề: _____	có *	không	* Nếu học sinh cần phải uống thuốc trong thời gian với Child Care phụ huynh phải hoàn tất những giấy tờ với y tá trước khi học sinh bắt đầu chương trình Summer Camp. Gặp Phó Trí viên cho những giấy tờ.
Mù mắt/ Mắt lè	có	không	Dùng thuốc theo yêu cầu:	có	không	
Ngồi xe lăn	có	không	Suyễn	có	không	
Tiểu đường	có*	không	Tê liệt não	có	không	
Động kinh	có	không	Tai bị điếc/Tai bị khó ng	có	không	
Bệnh Teo cơ	có	không	Phát âm có vấn đề	có	không	

Sự Phân loại của Giáo dục đặc biệt: _____ Những vấn đề y tế khác: _____

LỆ PHÍ GIỮ TRẺ:

KHÔNG CÓ TIỀN MẶT/KHÔNG HOÀN LẠI TIỀN/KHÔNG TÌN

Trẻ của tôi sẽ tham gia: (Khoanh tròn một)

GHI DANH: \$ 20.00
LỆ PHÍ GIỮ TRẺ TRƯỚC & SAU GIỜ HỌC:

A.M (buổi sáng) \$5.00 cho 1 trẻ

P.M (buổi chiều) \$7.00 cho 1 trẻ

A.M & P.M (hai buổi) \$11.00 AM & PM

NGÀY LỄ: \$25.00 1/2 ngày \$15.00 (khi thích hợp)

LỆ PHÍ GIỮ TRẺ:

\$20.00 A.M.

\$27.00 P.M.

\$32.00 A.M. & P.M

AM (buổi sáng) Giữ trẻ

PM (buổi sáng) Giữ trẻ

AM & PM Giữ trẻ

Tất cả nhân viên đang làm việc cho JPPSS được hưởng giảm giá 10%. Phải chứng minh biên lai tiền lương khi ghi danh)

QUY ĐỊNH CỦA CHILD CARE:

VUI LÒNG ĐỌC NHỮNG PHẦN SAU ĐÂY & SÁCH GIỮ TRẺ DÀNH CHO PHỤ HUYNH

- Con em của quý vị sẽ ra về chỉ với những tên đã được nêu trong danh sách khi ghi danh.
- Tất cả lệ phí phải được đóng vào ngày thứ Hai **hoặc ngày đầu tiên của tuần nhập học**. Tiền phạt là \$5.00 một ngày/một gia đình đóng lệ phí trễ. Nếu không nhận được lệ phí trả góp vào thứ sáu, học sinh có thể không được tham gia đến khi lệ phí được trả.
- Tất cả checks và money orders phải điền gửi đến trường.
- Những NSF checks sẽ đóng \$25.00 nộp phạt khi đã nhận. Tên, địa chỉ, số điện thoại của trẻ phải viết lên checks (ngân phiếu). Sau 3 lần con em quý vị có thể bị đuổi khỏi chương trình Child Care.
- Vấn đề Hạnh kiểm không tốt cũng sẽ bị đuổi khỏi chương trình child CareCamp.
- Không nhận giữ trẻ TRƯỚC hoặc SAU cho những ngày được về sớm.
- Các vấn đề về kỷ luật có thể dẫn đến việc sa thải khỏi Chương Trình Giữ Trẻ
- Một bản sao (copy) hóa đơn phải trả \$15.00.
- Phụ huynh có thể trả lệ phí trực tuyến hàng tuần tại [www. MySchoolBucks.com](http://www.MySchoolBucks.com), phí sử dụng được tính cho sự kiên nhẫn này.

TÔI ĐÃ ĐỌC, HIỂU VÀ CHỊU TRÁCH NHIỆM VỚI CHƯƠNG TRÌNH CHILD CARE (GIỮ TRẺ)

TÔI CÓ NHẬN ĐƯỢC BẢN SAO CỦA CHILD CARE PARENT & SẼ TUÂN THEO QUY ĐỊNH.

Phụ huynh/giám hộ ký tên

Ngày/Tháng/Năm

Resived 07/2017

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: _____
Ceguera/ Visión Parcial	si	no	REQUIERE MEDICAMENTO 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

* 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.

Clasificación de Educación Especial: _____ Otros problemas médicos: _____

COSTOS DE CUIDADO INFANTIL: **SIN ACEPTA DINERO EN EFECTIVO / SIN REEMBOLSOS / SIN CREDITOS** Mi hijo/a asistirá a: (Encierre Uno)

REGISTRACIÓN: \$ 20.00	COSTOS DE CUIDADO INFANTIL: \$20.00 A.M.	Cuidado AM
Feb. - Apr. \$ 15.00	\$27.00 P.M.	Cuidado PM
May \$ 10.00	\$32.00 A.M. Y P.M.	Cuidado AM y PM
COSTOS POR SERVICIOS: \$5.00 Costo por servicios por niño A.M. \$7.00 Costo por servicio por niño P.M. \$11.00 Costo por servicio por niño A.M./P.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.
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.
9. Los padres pueden pagar tarifas semanales en línea en [www. MySchoolBucks.com](http://www.MySchoolBucks.com), se cobra una tarifa de uso por esta conveniencia.

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.

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____

Revised 7/2017