

**2024-2025 Formulario de Inscripción para el Programa después de la Escuela ("After-School")
PROGRAMA DE ESCUELAS DE LA COMUNIDAD de las ESCUELAS DE CHAPEL HILL-CARRBORO
750 S. Merritt Mill Rd. Chapel Hill, NC 27516**

Envíe este formulario por correo electrónico a communityschools@chccs.k12.nc.us.

Nombre del Niño: _____ Fecha Nacimiento ____/____/____
(Apellido) (1er Nombre) (Inicial 2º Nombre.) (Nombre por el que se le llama) (mes) (día) (año)

Grado en el año 24-25: ____ Género: __M __F Raza/ Etnicidad: _ Asiático _ Afro-Americano _ Latino _ Anglo _ Otro
Escuela y lugar del programa Después de la Escuela: _____

Dirección de la Casa del Niño: _____
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Madre/Tutora: _____	Padre/Tutor: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____	Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfonos:(casa) _____ (trabajo) _____	Teléfonos:(casa) _____ (trabajo) _____
(celular) _____	(celular) _____
Lugar de Trabajo: _____	Lugar de Trabajo: _____

Historial Médico y de desarrollo

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿Hospitalizaciones?	O	O	¿Mareo al viajar?	O	O
¿Alergias? (enumere y describa abajo)	O	O	¿Restricciones físicas?	O	O
¿Enfermedades previas?	O	O	¿Retrasos de desarrollo?	O	O
¿Enfermedades crónicas?	O	O	¿Historia de retraso mental en la Familia?	O	O
¿Intervenciones/ Cirugías?	O	O	¿Necesidades especiales sociales, emocionales?	O	O
¿Historia de Convulsiones?	O	O	¿El niño recibe servicios especiales durante el día escolar?	O	O
¿Historia de diabetes en la familia?	O	O	¿El niño tiene otra necesidad especial?	O	O
¿Problemas de corazón en la familia?	O	O			

Por favor, explíquenos más las respuestas afirmativas: _____

Información en Caso de Emergencia

Preferencia de hospital en caso de emergencia: _____

Médico del Niño: _____	Dentista del Niño _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Dirección: _____

En caso de una emergencia, si no se puede comunicar con los padres/tutores, se contactará con las personas cuyos nombres aparecen a continuación. Éstos también deben de ser apuntados bajo la sección *Información de permiso de recogida* si es que ellos están también autorizados a recoger a su hijo/a del Programa de Campamento de Verano.

Hay que enumerar por lo menos dos personas aquí:

Nombre/parentesco: _____ / _____	Teléfono: (casa) _____ (trabajo/celular) _____
Nombre/parentesco: _____ / _____	Teléfono: (casa) _____ (trabajo/celular) _____

Información del permiso de recogida

Además que los padres/tutores, las siguientes personas tienen permiso para recoger al niño del Programa después de la Escuela:

Nombre/parentesco: _____ / _____	Teléfono: (casa) _____ (trabajo/celular) _____
Nombre/parentesco: _____ / _____	Teléfono: (casa) _____ (trabajo/celular) _____

El Programa después de la Escuela ("After-School") se compromete a proveer transporte a una instalación médica apropiada en caso de una emergencia. En situación de una emergencia, los demás niños presentes estarán supervisados por un adulto responsable. El Programa después de la Escuela no dará ningún medicamento sin instrucciones específicas del médico o de un padre/tutor del niño.

Yo consiento que el cuidador de niños pueda autorizar al médico de su elección para que proporcione la atención médica de emergencia en caso de no pueda comunicarse inmediatamente ni conmigo ni con el médico del niño.

Firma de Padres/Tutores: _____ **Fecha:** _____

Continúa al dorso

Información Miscelánea

Por favor, proporcione la información adicional acerca de su hijo que es importante que el personal sepa (hábitos alimenticios, lo que le gusta o disgusta, miedos, etc.): _____

Información del Seguro Médico *por favor, señale una de las siguientes declaraciones*

- Seguro familiar Particular**
Yo tengo seguro familiar/particular para mi hijo que cubre los gastos médicos que puedan surgir de un accidente que pueda ocurrir mientras que mi hijo esté en el Programa de campamento de verano de Las Escuelas de las Ciudades de Chapel Hill-Carrboro.
- Seguro escolar para Accidentes**
Yo compré o compraré un seguro escolar para accidentes para mi hijo. (Contacte con la escuela para más información).
- No tengo seguro**
Mi hijo no está cubierto por un seguro familiar/particular ni un seguro escolar para accidentes de la escuela, así que yo asumiré esa responsabilidad económica.
- Otro** (Por favor, explique): _____

Reconocimientos *Por favor, lea cuidadosamente lo que sigue a continuación y luego firme.*

Examen Físico y vacunas: Yo certifico que hay un archivo en la oficina de la escuela de CHCCS en la que mi hijo está inscrito donde se incluye un examen físico y el registro completo de vacunas o que dicho examen físico y registro de vacunas van incluidos con esta inscripción.

Gastos Médicos: Yo entiendo plenamente que las Escuelas de las Ciudades Chapel Hill-Carrboro no son responsables de los gastos médicos resultantes de accidentes que puedan ocurrir mientras que mi hijo esté asistiendo al Programa del Campamento de Verano.

Excursiones: Doy permiso para que mi hijo sea transportado en el autobús de actividades a todas las actividades planeadas por el Programa después de la Escuela ("After-School"). Yo entiendo que la información sobre las excursiones se anuncia con antelación a la excursión y que yo debo de comprobar esta información en el lugar de campamento con asiduidad.

Leyes y Reglas de Cuidado de Niños en Carolina del Norte: Yo certifico que recibí el folleto de información llamado *Las Normas y Reglas de Cuidado de Niños en Carolina del Norte ("NC Child Care Law and Rules")*.

Normas del Programa: Certifico que recibí, leí y entendí el documento titulado Manual de Normas Operativas del Programa Después de la Escuela y del Programa del Campamento del Verano ("*After-School and Summer Camp Programs Operational Policies and Procedures*"), el cual incluye las normas en disciplina y conducta. Certifico que cumpliré con todos los políticos y procedimientos destacados en esta manual.

Política del Pago de Honorarios: Certifico que he leído y entiendo todas las políticas de pago indicadas en la hoja de Información de inscripción al programa extracurricular y también en el Manual de políticas. Entiendo que la matrícula mensual del Programa Después de Clases debe pagarse el primer día de cada mes. Se aplicará un cargo por pago atrasado del 10% sobre el saldo pendiente el día 10 del mes.

Norma de Retirada del niño del programa: Entiendo que si decido retirar a mi hijo del programa, debo notificar a la Oficina de Escuelas Comunitarias directamente con dos semanas de anticipación, ya sea por teléfono o por escrito. Entiendo que soy responsable de dos semanas de matrícula a partir de la fecha en que me comunico con la oficina sobre el retiro.

Formulario de Inscripción: Certifico que toda la información que yo proporcioné en este formulario de inscripción es correcta y cierta. Entiendo que el proporcionar información falsa o incompleta puede ser el motivo de despido de mi hijo del programa.

Permiso para Fotografías: (marque uno) **YO DOY** o **YO NO DOY** permiso para que saquen fotos de mi hijo/a en el sitio del Programa después de la Escuela ("After-School") (por el personal del programa para una presentación, o por periodistas para artículos acerca del cuidado de niños, etc.)

Firma de Padres/Tutores: _____

Fecha: _____