

**Lockhart ISD Community Education
Kids' Club Programa Despues de la Escuela
2025 - 2026 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

Fecha de inicio del club infantil: _____

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 nino(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 consederan por causa de ausencia del estudiante o por cierre de escuelas del distrito. Devoluciones por causa de cesar actividades seran revisadas inividualmente.

_____ **Opción de pago de matrícula (marque una)**

Mensual _____ El pago vence el día 1 de cada mes. Si el día primero cae en fin de semana, el pago deberá realizarse el siguiente día de negocio.

Quincenal _____ El pago vence el primero y quince de cada mes. Si los días primero y quince caen en fin de semana, el pago deberá realizarse el siguiente día de nogocio.