NECC Out of School Time Program

2026-2027 School Year

Name of child: _____
Nombre de Hijo(a)

Date of birth: _____
Dia de Nacimiento

Gender (circle one): **Male** **Female** **Non-binary/non-conforming**
Género **Masculino** **Femenina** **No binario /no conforme**

Age: _____
Edad

Grade: _____
Calificación

Home Address:
Dirección de casa

_____
_____
_____

Mailing address (if different):
Dirección de Envío (si diferente)

_____
_____
_____

Ethnicity: (Please note that we need this information only for our demographics report to our funders. Circle all that apply):
Etnicidad: (Tenga en cuenta que necesitamos esta informacion solo para nuestro informe demografico a nuestros patrocinadores. Encierre en un circulo todo lo que corresponda.)

African-American **Caucasian** **Asian/Pacific Islander**
Afroamericano **Caucasico** **Asiatico/Isla del Pacífico**

Hispanic **Native American** **Mixed** **Other**
Hispano **Nativo Americano** **Mesclado** **Otro**

PARENT/GUARDIAN INFORMATION
Información de pariente/custodio

Name: _____
Nombre

Name: _____
Nombre

Day Time Phone: _____
Telefono de Dia

Day Time Phone _____
Telefono de Dia

Cell Phone _____
Numero de Celular

Cell Phone _____
Numero de Celular

Employer _____
Empleador

Employer_____
Empleador

Email Address _____
Dirección de correo el electrónico

Email Address _____
Dirección de correo el electrónico

Home Address (if different from child)
Dirección de casa (si diferente del hijo(a)

_____
_____
_____

Home Address (if different from child)
Dirección de casa (si diferente del hijo(a)

_____
_____
_____

Permission to Text: Y N
Permiso para enviar mensajes de texto?

Permission to Text: Y N
Permiso para enviar mensajes de texto?

What is your preferred method for us to contact you? ***Qual método prefiera por comunicaciones con nosotros?***

Required Emergency Contact Information: (Name of someone *besides* yourself and/or spouse that may be contacted in the event of an emergency. **PLEASE NOTE THIS IS REQUIRED**):
Información requerida de contacto de emergencia: Nomre de alguien parte de usted y/o su esposo(a) que poaemos contactor en el evento de una emergencia. **NOTA: ESTO ES REQUERIDA.**

Name_____ Phone # _____ Second Phone # _____

Name_____ Phone # _____ Second Phone #_____

Your child will not be released to anyone not listed below. Until we are familiar with names and faces of authorized pick-ups, we will ask for identification. Note: If there are custody issues concerning your child, please provide us with documentation, such as custody papers or restraining orders. These will remain confidential.

Su hijo no será entregado a nadie que no se enumere a continuación. Hasta que estemos familiarizados con los nombres y rostros de las personas que recogen personas autorizadas, le pediremos identificación. Nota: Si hay problemas de custodia relacionados con su hijo, proporcione documentación, como documentos de custodia u órdenes de restricción. Estos permanecerán confidenciales.

The following persons are authorized to pick up my child:
Las siguientes personas so autoriados a recoger mi hijo(a):

1. _____ Relationship: _____
2. _____ Relationship: _____
3. _____ Relationship: _____
4. _____ Relationship: _____

Academic Strengths & Needs:
Fortalezas y necesidades académicas

_____

_____

_____

Favorite Activities:
Actividades favoritas

_____

_____

_____

Does your child have a 504 Plan or an IEP with Behavioral services or accommodations? **Yes** **No** (If yes, please share so that we can develop an Individual Health Care Plan as per OCFS Regulations)

¿Tiene su hijo un Plan 504 o un IEP con servicios conductuales o adaptaciones? Si No (En caso afirmativo, por favor comparta desarrollar un Plan de Atencion Medica Individual segun las Regulaciones de la OCFS.)

Is there anything else you would like us to know about your child? (i.e. special needs, fears, talents, anything that will help us care for your child, etc. The more we know about your child, the better able we are to make this a constructive learning experience.) **¿Hay algo más que quieres que sabemos de tu hijo(a)? (p.e. necesidades especiales, miedos, talentos Lo más que sabemos, lo major.)**

_____

_____

What is your primary reason for registering with the NECC Summer Enrichment Program? ¿Cuál es la razón que usted está registrando?

☐Recreation **Recreación** ☐Mentoring **Tutoría** ☐Child Care **Cuidado de Niño** ☐Other_____ **Otro**

Indicate below the days of the week you anticipate your child will attend. If your child's schedule is going to change permanently, you must speak with the program director. Our program has limited space this year - having a set schedule for each child allows us to offer our program to as many families as possible.

Indique a continuación las semanas que anticipa que asistirá su hijo. Si el horario de su hijo va a cambiar permanentemente, debe hablar directamente con el director del programa. Nuestro programa tiene un espacio muy limitado este año; tener un horario establecido para cada niño nos permite ofrecer nuestro programa de verano a tantas familias como sea posible.

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday

Fees Information: ***Tarifas e información de escala móvil:***

Our full fee is $200/week per child or $40 per day. If you need financial assistance, we accept Child Care subsidy from NY State as we are a licensed facility. Please visit http://www.ocfs.ny.gov/childcare/ccap for more information. This subsidy can cover some if not all of the cost. We want to ensure that ALL children can attend our programming, and are happy to assist you in applying for subsidy if needed.

Nuestra tarifa completa es de $200 semanales por niño o $40 diarios. Si necesita ayuda financiera, aceptamos el subsidio para cuidado infantil del estado de Nueva York, ya que somos un centro con licencia. Visite http://www.ocfs.ny.gov/childcare/ccap para obtener más información. Este subsidio puede cubrir parte o la totalidad del costo. Queremos asegurar que todos los niños puedan asistir a nuestros programas y con gusto le ayudaremos a solicitar el subsidio si lo necesita.

PERMISSIONS
PERMISOS

Indicate your permission for each category by circling the appropriate choice and sign at the end of this section.
Indica su permiso por cada categoría y firma al final de está sección

Permission to Consume Food: Permiso a Consumir Comida:
Each day, we provide a nutritious breakfast and lunch. Occasionally, an activity such as cooking will include additional food.
Cada dia, nosotros damos un desayuno y almuerzo nutritivo. De vez en cuando, una actividad como cocinando incluirá comida adicional.

I **DO / DO NOT** give permission for my child to eat food provided by the NECC Summer program.

DOY/NO DOY permiso a mi hijo(a) a comer la comida dada por el programa de NECC Summer programa.

FOOD/DRINK ALLERGIES: ALERGIA A LOS ALIMIENTOS/BEBIDAS:
Please circle your answer/ Encierre en un círculo su respuesta
____**No Known Allergies**
____**Yes, my child has the following food/drink allergies:**

_____

Permission to apply sunscreen*: *Permiso a poner protector solar:

I **DO / DO NOT** give permission for the NECC Summer program staff to apply sunscreen to my child when needed. (please circle one)
DOY/NO DOY permiso a los empleados de NECC programa de verano a poner protector solar a mi hijo(a) cuando necessario

Permission to Transport*: *Permiso a Transportar:
On occasion, there may be the need to transport your child (field trips, special projects, etc.). All transportation is provided by licensed staff and insured vehicles. De vez en cuando, podría haber razón a transportar a su hijo(a) (viajes al campo, proyectos, especiales, etc.) Tado el transporte es dado por personas autorizadas y vehículos asegurados.

I **DO / DO NOT** give permission to the NECC Summer program staff to provide transportation as needed for my child.
DOY/NO DOY permiso a los empleados del programa de NECC programa de verano a dar transportacion a mi Hijo(a), si es necesario.

***Permission for Child's Name/Photograph to be used*:**
NECC uses photos of program events in publications such as newsletters, fundraising letters, brochures, posters, reports to funders, and annual reports. We also use photos on social media. NECC programs are also occasionally featured in local newspapers. Some of these publications have a very wide distribution and are in circulation for extended periods of time. Whenever possible we try to submit photos of groups of children. No children's names are used in captions for NECC publications.

NECC utiliza fotos de los eventos del programa en publicaciones como boletines, cartas de recaudación de fondos, folletos, carteles, informes a los patrocinadores e informes anuales. También usamos fotos en las redes sociales. Los programas de NECC también se publican ocasionalmente en los periódicos locales. Algunas de estas publicaciones tienen una distribución muy amplia y están en circulación durante largos períodos de tiempo. Siempre que sea posible, intentamos enviar fotos de grupos de niños. No se utilizan nombres de niños en las leyendas de las publicaciones de NECC.

I DO / DO NOT give permission for my child to have their name and/or photo used by NECC or by the press.
DOY/NO DOY permiso a mi hijo(a) tener su nombre y/o foto a la prensa.
Comments regarding photo permissions:

_____ _____
Signature Date

ACKNOWLEDGEMENT OF OTHER POLICIES RECONOCIMIENTOS DE OTRAS POLÍTICAS
(Please acknowledge with your initials that you have read and understand the policies in the Family Handbook.)
(Firma con tus iniciales indicando que leíste y entendiste las políticas en el manual para la familia.) _____

Attendance Policy: I have read the attendance policy and understand that when my child will be absent from the NECC Summer Enrichment program on a day he or she is scheduled, I will message the program via its childcare app (Procare) no later than 9:00am. Initial_____
Política de asistencia: He leído la política de asistencia y entiendo que cuando mi hijo esté ausente del Summer program en un día programado, enviaré un mensaje al programa a traves de su aplicacion de cuidado infantil (Procare) a mas tardar a las 9:00 am.

Well Child Policy: I have read and understand the NECC's "Well Child Policy." If my child exhibits any of the symptoms listed while in care, I will be called to pick up my child immediately and the child will not be able to return until the specified conditions are met. Initial_____
Política de Well Child: He leído y entendido la política de Well Child de NECC. Entiendo que si mi hijo(a) muestra algún síntoma enumerado mientras está en el cuidado de los empleados del programa de NECC, me van a contactar inmediatamente, a recoger mi hijo(a) y que no puede regresar hasta que el problema sea atendido.

Code of Conduct and Discipline Policy: I have read the NECC Summer program Code of Conduct and understand that breaking these rules may result in disciplinary action including written and verbal warnings, parental contact, suspension, expulsion from the program or immediate pick up, with no refund issued.
Initial_____

Reglas y Normas de Disciplina: He leído y entendido la política de la programa de NECC Summer program y entiendo que quebrando las reglas puede resultar en acciones disciplinarios incluyendo avisos escritos y verbales, contacto de padres, suspensión, expulsión de la programa o recogida inmediata.

I agree to hold harmless and waive and release NECC, its staff, volunteers, guest teachers, and leaders from any/all liability for any illness or injury my child may incur while participating in this program.
Estoy de acuerdo en mantener indemne y renunciar y liberar NECC, su empleados, profesores invitadoes, y los líderes de cualquier/toda responsabilidad por cualquier enfermedad o lesion que mi hijo(a) pueda incurrir durante su partcipación en este programa.

_____ _____
Signature **Date**

I give permission for full participation in the NECC After School Program, subject to limitations noted herein. In case of emergency, I understand every effort will be made to contact me. In the event I cannot be reached, I hereby give my permission for NECC staff to contact the appropriate medical and/or dental practitioners. I also give permission to the licensed health-care practitioner selected by the staff member in charge to secure proper treatment, including hospitalization, anesthesia, surgery, and/or injections of medication for my child.
Doy permiso por participación complete en el programa NECC, sujetos a limitaciones señaladas en esta. En el evento de una emergencia, entiende que se hará todo lo possible para contactarme. Enel evento que no me pueden contactarme, doy mi permiso a los empleados del programa NECC contactar los profesionales medicos y dentales apropiadas. También, doy mi permiso a los profesionales medicos que elige los empleados de NECC, para asegurar el tratamiento adecuado, incluyiendo hospitalización, anetesia, cirugía, y/o inyecciones medicaciones por mi hijo(a).

_____ _____
Signature **Date**

NECC After School Programming
Personal Health and Medical Records

Personal Health & Medical Records **Salud Personal & Informes Medicos**

(Please note that this must be completed in full for the registration to be complete)

(Notarse por favor, que lo siguiente debe ser completado en su totalidad para completer la registro)

Name _____ Date of birth _____ Age _____ Sex _____

Name or Parent or Guardian _____ Phone _____

Home Address _____ City _____ State _____ Zip_____

Business Address _____City _____ State _____ Zip_____

If parent/guardian listed above is not available in the event of an emergency, please notify:
Indica otra persona que podemos contactar en el evento de una emergenicia.

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name _____ Relationship _____ Phone _____

Name of personal physician _____ Phone _____

Nombre de doctor Número de teléfono

Name of dentist _____ Phone _____

Nombre de dentista

Personal Health/Accident Insurance Carrier _____ Policy No. _____

Compañia de Seguros de Accidentes/Personales de salud

To my knowledge, my child's vaccinations are up-to-date and are on file at Webutuck CSD ( ) Yes ( )No

GENERAL INFORMATION - Check all items that apply, past or present, to your child's health history.
INFORMACION GENERAL – Elige todo que alica: pasado o presente: delo historia de salud de tu hijo(a).

ADHD/ADD ADHD/ADD	( ) Yes ( )No	Heart Trouble Problemas de Corazón	( ) Yes ( )No		
Asthma Asma	( ) Yes ( )No	Kidney Disease Enfermedad de Riñón	( ) Yes ( )No	Autism Spectrum Espectro de Autismo	( ) Yes ( ) No
Cancer Cancer	( ) Yes ( )No	High Blood Pressure Presión Alta	( ) Yes ( )No	Allergies Alergias	( ) Yes ( ) No
Seizures Convulsiones	( ) Yes ( )No	Hemophilia Hemofilia	( ) Yes ( )No		
Diabetes Diabetes	( ) Yes ( )No	Behavior Issues Problemas de Comportamiento	( ) Yes ( )No		

Other/Otres: _____

TOILETING INFORMATION - By initialing below I confirm that I understand my child must be potty trained in order to attend the program. I understand that the program does not have the facilities to support children with potty training. If my child is found not to be potty trained I understand it may affect their ability to participate in the program.

INFORMACIÓN SOBRE EL USO DEL BAÑO: Al firmar con mis iniciales a continuación, confirmo que entiendo que mi hijo/a debe saber usar el baño para poder asistir al programa. Entiendo que el programa no cuenta con las instalaciones necesarias para apoyar a los niños con este proceso. Si se determina que mi hijo/a no sabe usar el baño, entiendo que esto podría afectar su participación en el programa.

INITIAL HERE: _____

List any medications (including asthma inhalers/epi-pens) scheduled to be taken during program:
Indica cualquier medicaciones (incluyiendo inhaladores para asma/epipens) programdo para ser tomado durante el programa. (A notar: Si tienes alguna medicación tienes que filmar la forma del consentimiento por escrito de meicamientos)

_____

(Please note: If your child has an inhaler or takes medications on a regular basis you will need to complete the *Written Medication Consent* form included in this packet.)

List any physical or medical conditions (including allergies and their manifestation) that may affect or limit full participation in our program:
Indica cualquier conditioes físicos o medicos (incluyiendo alergias y sus manifestaciones) que puede afectar o límite la participaciones complete en nuetra programa. (A notar: sit u hijo(a) tiene alguna alergia o condition medica tienes que, firmar la forma del Plan de Atención de la Salud Individual.)

(Please note: If your child has a medical condition you will need to complete the *Individual Health Care Plan* form included in this packet. If your child has an *allergy* you will need to complete the *Individual Health Care Plan* form AND the *Individual Allergy and Anaphylaxis Emergency Plan* included in this packet.)

List equipment needed such as braces, glasses, contact lenses, etc.
Indica cualquier material como aparatos ortopédicos, anteojos, lentes de contacto, etc.

_____

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES

DAY CARE ENROLLMENT

PHOTO OF CHILD (Optional)

PROGRAM NAME:	ADDRESS:	PHONE NUMBER: ( ) -

CHILD'S FULL NAME: PREFERRED NAME/NICKNAME:	DATE OF BIRTH: / /	GENDER:

CHILD'S HOME ADDRESS:

NAME OF PERSON ENROLLING CHILD:	RELATIONSHIP TO CHILD: ☐ Parent ☐ Guardian ☐ Caretaker ☐ Relative _____ ☐ Other _____

PHONE NUMBER(S) OF PERSON ENROLLING CHILD: ( ) - ☐ ok to text **EMAIL ADDRESS:**	ADDRESS OF PERSON ENROLLING CHILD (IF DIFFERENT THAN CHILD):

EMERGENCY INFO

EMERGENCY CONTACT NAMES / ADDRESSES	Authorized to Pick Up Child	PRIMARY PHONE NUMBER	OTHER PHONE NUMBER / EMAIL
PRIMARY CONTACT:	☐ Yes ☐ No	( ) - ☐ ok to text	( ) - ☐ ok to text
	☐ Yes ☐ No	( ) - ☐ ok to text	( ) - ☐ ok to text
	☐ Yes ☐ No	( ) - ☐ ok to text	( ) - ☐ ok to text

FOR PROGRAM USE ONLY DATE OF ENROLLMENT: / /	***FOR PROGRAM USE ONLY*** DATE OF DISENROLLMENT: / /

CHILD'S FULL NAME:	DATE OF BIRTH: / /

Check boxes below to indicate if your child has any special needs/services: ☐ None

☐ Early Intervention/Special Education ☐ Occupational Therapy ☐ Speech/Language ☐ Physical Therapy

☐ Allergies (Please list) _____

☐ Other _____

Please provide information here **AND** discuss with your child care provider:

CHILD'S PRIMARY CARE PHYSICIAN'S NAME/ GROUP:	PHONE NUMBER: ( ) -
PREFERRED HOSPITAL:	PHONE NUMBER: ( ) -
CHILD'S DENTAL CARE:	PHONE NUMBER: ( ) -

Child health care information is available by calling toll-free 1-800-698-4543 or the NYS Health Marketplace website: https://nystateofhealth.ny.gov/

AGREEMENTS

- I consent to emergency medical treatment for my child…… ☐ Yes ☐ No
- I consent for my child to take part in neighborhood trips (i.e., library, park and playground) away from the program under proper supervision…… ☐ Yes ☐ No
- I understand the program may need additional permissions for situations such as transportation, medication, release of information, and field trips…… ☐ Yes ☐ No
- I provided information on my child's special needs to the program to assist in caring for my child…… ☐ Yes ☐ No
- I understand the program must give parents, at the time of enrollment of a child, a written policy statement as required by regulation…… ☐ Yes ☐ No
- I agree to review and update this information whenever a change occurs and at least once every year…… ☐ Yes ☐ No

SIGNATURE – PARENT OR PERSON(S) LEGALLY RESPONSIBLE:	DATE: / /

OCFS-LDSS-0792-S (08/2019) FRENTE

FOTO DEL NIÑO (Opcional)

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

REGISTRO DE CUIDADO DIURNO

NOMBRE DEL PROGRAMA:	DIRECCIÓN:	NÚMERO DE TELÉFONO ( ) -

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A): NOMBRE PREFERIDO/APODO:	FECHA DE NACIMIENTO: / /	GÉNERO:

DIRECCIÓN DE LA CASA DEL NIÑO(A):

NOMBRE DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A):	RELACIÓN CON EL NIÑO(A): ☐ Padre/Madre ☐ Tutor(a) ☐ Encargado(a) ☐ Pariente _____ ☐ Otro _____

NÚMERO(S) DE TELÉFONO DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A): ( ) - ☐ puede enviar textos **Correo electrónico:**	DIRECCIÓN DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A) (SI ES DIFERENTE A LA DEL NIÑO[A]):

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

CONTACTOS DE EMERGENCIA/DIRECCIONES	Autorizado para recoger al niño(a)	NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL	OTRO NÚMERO DE TELÉFONO/ CORREO ELECTRÓNICO
Contacto principal:	☐ Sí ☐ No	( ) - ☐ puede enviar textos	( ) - ☐ puede enviar textos
	☐ Sí ☐ No	( ) - ☐ puede enviar textos	( ) - ☐ puede enviar textos
	☐ Sí ☐ No	( ) - ☐ puede enviar textos	( ) - ☐ puede enviar textos

For Program Use Only Date of Enrollment: / /	***For Program Use Only*** Date of Disenrollment: / /

OCFS-LDSS-0792-S (08/2019) REVERSO

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A):	FECHA DE NACIMIENTO: / /

Marque las casillas de abajo para indicar si su hijo(a) tiene necesidades o servicios especiales: ☐ Ninguno

☐ Intervención temprana/Educación especial ☐ Terapia ocupacional ☐ El habla/Lenguaje ☐ Terapia física

☐ Alergias (lista)_____

☐ Otra _____

Por favor proporcione información aquí **Y** discuta con su proveedor de cuidado infantil:

NOMBRE DEL MÉDICO PRINCIPAL DEL NIÑO(A)/GRUPO:	NÚMERO DE TELÉFONO: ( ) -
HOSPITAL PREFERIDO:	NÚMERO DE TELÉFONO: ( ) -
CUIDADO DENTAL DEL NIÑO(A):	NÚMERO DE TELÉFONO: ( ) -

Información sobre seguro de salud para niños está disponible llamando gratis al 1-800-698-4543 o visitando el portal del mercado del cuidado de la salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: https://nystateofhealth.ny.gov/

ACUERDOS

- Yo doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia para mi hijo(a)…… ☐ Sí ☐ No
- Yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en viajes en el vecindario (p. ej., biblioteca, parque y patio de recreo) lejos del programa bajo supervisión apropiada…….. ☐ Sí ☐ No
- Yo comprendo que el programa puede necesitar permisos adicionales para situaciones tales como transportación, divulgación de información médica, y viajes de campo…… ☐ Sí ☐ No
- Yo proporcioné al programa información sobre las necesidades especiales de mi hijo(a) para ayudar en su cuidado…….. ☐ Sí ☐ No
- Yo comprendo que al inscribir al niño(a) el programa debe dar a los padres una declaración escrita de su política, conforme a la regulación…….. ☐ Sí ☐ No
- Estoy de acuerdo en revisar y actualizar esta información cuando ocurran cambios, por lo menos cada año…….. ☐ Sí ☐ No

FIRMA DEL PADRE/ MADRE O PERSONA(S) LEGALMENTE RESPONSABLE(S):	FECHA: / /