



## Acuerdo de Cuidado de Niños

Marque todos los servicios que necesita

### Antes y Después de la Escuela:

Antes de la Escuela Escuela Elemental del Niño(a): \_\_\_\_\_  
 Después de la Escuela  
 2<sup>do</sup> Miercoles del Mes Nombre de la Maestra: \_\_\_\_\_

### Centro de Lancaster Rec:

### Cuido de Niño Infantil de McCaskey:

### Escuela Elemental de Wickersham:

### Campamentos de Verano:

<input type="checkbox"/> Preescolar todo el día	<input type="checkbox"/> Infantes (6 semanas – 12 meses)	<input type="checkbox"/> Pre-K Counts	<input type="checkbox"/> Camp Optimist
<input type="checkbox"/> Pre-K Counts	<input type="checkbox"/> Ninitos(a) (1-2 años de edad)	<input type="checkbox"/> Antes y Después Preescolar	<input type="checkbox"/> Kindergarten Boot Camp
<input type="checkbox"/> Antes y Después Preescolar	<input type="checkbox"/> Niños(a) (2-3 años de edad)	<input type="checkbox"/> Antes de la Escuela	<input type="checkbox"/> Sports of All Sorts
<input type="checkbox"/> Antes de la Escuela	<input type="checkbox"/> Preescolar (3-5 años de edad)	<input type="checkbox"/> Después de la Escuela	<input type="checkbox"/> Discovery Day Camp
<input type="checkbox"/> Después de la Escuela	<input type="checkbox"/> United Way Pre-K (3-5 años de edad)	<input type="checkbox"/> 2 <sup>do</sup> Miercoles	
<input type="checkbox"/> 2 <sup>do</sup> Miercoles		de cada mes	

Nombre del niño(a)		
Cantidad de Cuota \$	Por- Día- Semana	Día que se pagara la Cuota
Servicios que se proveen como parte de la cuota del cuidado : Desayuno y Almuerzo (Preescolar/Pre-K Counts/McCaskey), Merienda (Preescolar/McCaskey/Antes y Después de la Escuela), Almuerzo y Merienda (Campamentos de Verano), Centros de Aprendizaje (Todos), Ayuda con las Asignaciones (Antes y Después de la Escuela), Observaciones y Evaluaciones (Todos)		
Hora de llegada del Niño(a)	Hora de Salida del Niño(a)	Personas Autorizadas a Recojer al Niño(a)
Cargo por Demora \$1.00	Por Minuto / Hora	
Los servicios adicionales que se deben proporcionar a un costo adicional, si hay alguno.		
Yo, Padre o Guardian: _____ <input type="checkbox"/> He recibido información completa del programa por escrito en el momento de la inscripción. <input type="checkbox"/> Estare de acuerdo en actualizar el contrato de emergencia y consentimiento de padres dando nueva información en el formulario siempre que se produzcan cambios o cada 6 meses a lo minimo. <input type="checkbox"/> Estare de acuerdo en seguir todas las políticas y procedimientos que están por escritos en el Manual de Cuidado de Niños de Lancaster Rec		
Firma del Representante de Lancaster Rec	Fecha	Firma del Padre o Guardian
Fecha de ingreso al programa del niño(a)	Fecha de la retirada del niño(a) del programa	Fecha

## Contacto de Emergencia/Formulario de Consentimiento del los Padres/Guardian

Nombre del Nino(a)	Edad	Sexo	Raza	Fecha de Nacimiento	Grado
Direccion Postal			Nombre de hermanos en el programa de Lanc Rec		
Nombre del Padre/Madre o Guardian Primario				Telefono de Casa #	
Direccion Postal				Telefono Movil #	
Nombre de Empleo				Telefono de Empleo #	
Direccion de Empleo				Direccion de Correo Electronico	
Nombre del Padre/Madre o Guardian Secundario				Telefono de Casa #	
Direccion Postal				Telefono Movil #	
Nombre de Empleo				Telefono de Empleo #	
Direccion de Empleo				Direccion de Correo Electronico	
En caso de emergencia (padres no disponibles) persona ( s ) de contacto a la que mi hijo(a) puede ser puesto en libertad:					
Nombre		Telefono #		Direccion	
Nombre		Telefono #		Direccion	
Estado civil de los padres con custodia ( s ) o tutores:      Casado      Soltero      Divorciado					
¿Hay problemas de custodia de los cuales debemos ser conscientes?   Si    No    En caso de Si , explique: _____					
Persona responsable del pago (si es diferente del anterior , la dirección y el teléfono):   ___ Yo   ___ CCIS   ___ Otro					
Nombre del proveedor médico /o asistencia médica del niño				Telefono del Medico #	
Direccion del Medico					
Desabilidades Especiales (Si Alguna)			Alergias ( incluyendo la reacción a medicacións)		
Alergias ( incluyendo la reacción a medicacións) médicas o información dietéticos necesarios en caso de emergencia			Medicaciones / Condiciones Especiales		
Información adicional sobre las necesidades especiales de el niño(a)			Hospital que prefiere		
La cobertura de seguro de salud para los beneficios de asistencia médica del niño(a)			Numero de Poliza (requerido)		
Firma del padre o guardian primario se requiere para cada artículo abajo para indicar consentimiento de los padres:					
Obteniendo Cuido Medico de Emergencia			Administración de procedimientos menores de primeros auxilios		
Paseos y Excursiones			Natacion		
Transportacion			Aplique el protector solar		

Seis meses de revisión:

---

Firma de Padre/Madre/Guardian

Fecha