

Antes y Después de la Escuela:

Antes de la Escuela

Escuela Elemental del Niño(a): _____

Después de la Escuela

2^{do} Miércoles de Cada Mes

Nombre de la Maestra: _____

Centro de Lancaster Rec:

Cuido de Niño Infantil de McCaskey:

Programas de Verano:

Preescolar todo el día

Infantes (6 semanas – 12 meses)

Shining Stars Preschool Program at McCaskey Development Center

Pre-K Counts

Ninitos(a) (1-2 años de edad)

Antes y Después Preescolar

Niños(a) (2-3 años de edad)

Antes de la Escuela

Preescolar (3-5 años de edad)

Después de la Escuela

Pre-K Counts (3-5 años de edad)

2^{do} Miércoles

de Cada Mes

Nombre del niño(a)		
Cantidad de Cuota / Cantidad de Copago	Por- Día- Semana	Día que se pagara la Cuota
Persona responsable del pago (si es otro, favor de anotar nombre, la dirección y número de teléfono): <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> ELRC <input type="checkbox"/> Otro		
Servicios que se Proveen como Parte de la Cuota del Cuido: 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 mínimo.		
<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.		
<input type="checkbox"/> Doy permiso para que mi hijo(a) sea fotografiado durante el horario normal del programa, excursiones o actividades. Entiendo que estas fotografías pueden usarse para promocionar la Comisión de Recreación de Lancaster, ya sea en forma impresa o en el Internet.		
Firma del Representante de Lancaster Rec	Fecha	Firma del Padre o Guardian
		Fecha
Fecha de ingreso al programa del niño(a)	Fecha de la retirada del niño(a) del programa	

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

Nombre del Nino(a)	Edad	Sexo	Raza	Fecha de Nacimiento	Entrada de Grado
Completo Direccion Postal			Nombre de hermanos en el programa de Lanc Rec		
Nombre del Padre/Madre o Guardian Primario				Telefono de Casa #	
Completo Direccion Postal				Telefono Movil #	
Nombre de Empleo				Telefono de Empleo #	
Completo Direccion de Empleo				Direccion de Correo Electronico	
Nombre del Padre/Madre o Guardian Secundario				Telefono de Casa #	
Completo Direccion Postal				Telefono Movil #	
Nombre de Empleo				Telefono de Empleo #	
Completo 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 #		Completo Direccion	
Nombre		Telefono #		Completo Direccion	
Estado civil de los padres con custodia(s) o tutores: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado					
¿Hay problemas de custodia de los cuales debemos ser conscientes? Si <input type="checkbox"/> No En caso de Si , explique:					
Nombre del proveedor médico /o asistencia médica del niño				Telefono del Medico #	
Completo 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		

Firma de Padre/Madre/Guardian

Fecha

Seis meses de revisión: Firma de Padre/Madre/Guardian

Fecha