

Días: _____

Fecha de inicio: _____

Programa después del horario estelar en Crocker Farm

Formulario de inscripción

Información del niño

Nombre del niño: Fecha de nacimiento: _____

Escuela actual: _____ Grado: _____ Edad: _____

Domicilio (s) del niño: _____

Número de teléfono de casa: _____

Idioma principal: _____ Marcas de identificación: _____

Color de ojos: _____ Color de cabello: _____ Color de piel: _____

Sexo: _____ Altura: _____ Peso: _____

Información del padre / tutor

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Relacion hacía el niño: _____

Dirección de casa: _____

Número Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Lugar de trabajo: _____

Habla a: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Relacion hacía el niño: _____

Dirección de casa: _____

Número Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Lugar de trabajo: _____

Habla a: _____

Número de teléfono: _____

Información de atención médica

Médico del niño: _____ Seguro de salud: _____
Política # _____

Dirección: Número de teléfono: _____

Alergias / Dietas especiales?: _____

Condición de salud crónica? En caso afirmativo, complete el formulario del Plan de atención médica individual.

¿Limitaciones o preocupaciones especiales? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

Plan de educación individual (IEP)? Si No

Proporcione documentación del examen físico y las vacunas de acuerdo con los requisitos de salud pública, y detección de envenenamiento por plomo de acuerdo con los requisitos de salud pública con este formulario de inscripción.

Autorizo al personal del programa capacitado en los conceptos básicos de primeros auxilios y / o RCP para que brinde primeros auxilios a mi hijo cuando sea apropiado. Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme en caso de una emergencia que requiera atención médica para mi hijo. Sin embargo, si no puedo ser alcanzado, autorizo al programa a transportar a mi hijo en ambulancia al centro de atención médica más cercano y asegurarlo tratamiento médico.

Signature Firma del padre / tutor:

Contactos de emergencia adicionales

Nombre 1: _____
¿Liberar al niño? (si no)

Relación: _____ Dirección: _____

Celular: _____ Teléfono de la casa: _____
Teléfono del trabajo: _____

Nombre 2: _____
¿Liberar al niño? (si no)

Relación: _____ Dirección: _____

Celular: _____ Teléfono de la casa: _____
Teléfono del trabajo: _____

Nombre 3: _____
¿Liberar al niño? (si no)

Relación: _____ Dirección: _____

Celular: _____ Teléfono de la casa: _____
Teléfono del trabajo: _____

Plan de transporte

Llegada al programa:

Salida del programa:

Entrega de padres
Bus / Van

Recogida de padres
Bus / Van

Desde el paseo sin supervisión del aula (se requiere un permiso adicional)

Otro

Otro:

Doy permiso a las siguientes personas para que recojan a mi hijo del programa:

Las personas que recogen por primera vez deben traer una identificación con foto.

Proporcione una copia de cualquier acuerdo u orden legal relacionada con la recogida del niño.

Nombre: _____ cada vez que aparece una persona: _____
Solo cuando llamo antes de tiempo: _____

Números de teléfono: _____

Nombre: _____ cada vez que aparece una persona: _____
Solo cuando llamo antes de tiempo: _____

Números de teléfono: _____

Nombre: _____ cada vez que aparece una persona: _____
Solo cuando llamo antes de tiempo: _____

Números de teléfono: _____

Lanzamiento de fotos:

Sí: ___ No: ___ Incluir a mi hijo en videos, películas o fotos de las actividades del programa con fines publicitarios, de promoción, eventos de recaudación de fondos, materiales educativos y cálidos momentos difusos.

Signature Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Liberación de información:

I _____, doy permiso al personal de Prime Time After School para compartir e intercambiar información con el personal de Crocker Farm School sobre mi (s) hijo (s) _____ para este propósito de brindar asistencia a mi (s) hijo (s). Esto puede incluir compartir información sobre una discapacidad. _____ (inicial)

Firma _____ Fecha _____

Información del pago:

Lunes, martes, miércoles, jueves, viernes- 3: 15-5: 30; A tiempo completo (5 días a la semana)

Número de días a la semana (sección)

1 día a la semana (M, T, W, H, F) \$ 68.00 Tarifa mensual

Tiempo completo (lunes a viernes) \$ 306.00 Tarifa mensual

Las tarifas se facturan por adelantado mensualmente.

Regrese a: LSSE, 170 Chestnut St., Suite 1, Amherst, MA 01002

Para más información, llame al 413-259-3065

Pago

Efectivo _____

Cheque (a nombre de Town of Amherst) _____

Tarjeta de crédito

_____ Exp. Fecha: _____

Si desea que carguemos automáticamente su tarjeta de crédito mensualmente, marque aquí: _____

¿En qué mes desea que comience el pago automático? _____