

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? \_\_\_\_\_

## La Disciplina y Política de la Administración de la Conducta

Para que los niños puedan formar una autoestima fuerte y positiva, la capacidad de resolver problemas que sean apropiadas por su edad y una noción resistente de la autodisciplina, ellos deberían recibir comentarios y interacciones con adultos constructivos, no violentos, útiles y comprensivos. Esta facilidad valora el elogio, los refuerzos positivos, y la individualización como métodos efectivos con respeto a la administración de la conducta para los niños. De acuerdo con estos principios en como aprenden, participant y obtienen valores los niños, este programa seguirá y honrará la política y la disciplina de la administración de la conducta siguiente:

### Debemos:

1. Elogiar, premiar y alentar a los niños.
2. Establecer límites y razonar con los niños.
3. Ser un ejemplo de la conducta adecuada.
4. Modificar el ambiente de aula para evitar problemas antes de que sucedan.
5. Escuchar a los niños.
6. Proveer alternativas para los niños con el comportamiento inadecuado.
7. Realizar el castigo natural y lógico al respeto de sus conductas.
8. Tratar a los niños como personas y respetar sus necesidades, deseos y sentimientos.
9. Ignorar el mal comportamiento.
10. Explicar conceptos a los niños en sus niveles.
11. Utilizar un tiempo corto y supervisado para que los niños hagan una pausa; con moderación.
12. Mantener la política del programa disciplinario
13. Usar técnicas eficaces que se enfoquen en el desarrollamiento del niño.
14. Individualizar el programa disciplinario para los niños diferentes, para proveer una oportunidad de alcanzar tener la seguridad y el éxito de cada uno de los participantes en nuestro programa.

### NO Debemos:

1. Azotar, sacudir, morder, pellizcar, empujar, jalar, abofetear, restringir o de otro modo castiga físicamente a los niños.
2. Burlarse de, gritar, hacer comentarios sarcásticos o de otro modo abuser verbalmente a los niños.
3. Avergonzar ni castigar a los niños por accidentes del baño.
4. Prevenir la alimentación, descanso, ni la falta de acceso al baño como forma de castigo.
5. Asociar el discipline con la alimentación, descanso, ni el acceso al baño.
6. Dejar los niños solos, sin supervision.
7. Dejar los niños en un cuarto cerrado, como forma de castigo.
8. Permitir que un niño da el castigo a otro.
9. Criticizar, burlarse de, o de otro modo ser grosero a los padres/guardianes

Adoptado por:

[http://ncchildcare.dhhs.state.nc.us/pdf\\_forms/discipline.pdf](http://ncchildcare.dhhs.state.nc.us/pdf_forms/discipline.pdf)

## **La Disciplina y Política de la Administración de la Conducta**

Ésta instalación tiene procedimientos específicos diseñados por ciertos casos de conducta dentro del programa. Los reglamentos para la suspensión y la expulsión del programa son los siguientes:

1. Si la conducta del niño llega al punto de que ponga en peligro a él mismo o a los demás, llamará al padre/guardián del niño le preguntará recogerlo. Dependiendo de las circunstancias y el programa individualizado de conducta hecho, el niño puede estar sujeto a la suspensión. Esta queda a la discreción de la directora del sitio o el director del programa.
2. Si el niño está infringiendo daño físico a los otros niños o el personal deliberadamente (y no por accidente de deporte por ejemplo), llamará a los padres/guardián del niño, y el niño será suspendido del programa. En un caso extremo, el niño puede ser sujeto a la expulsión del programa. No se permite violencia en este programa.
3. Si el niño usa el lenguaje profano, difamación o el lenguaje inapropiado, al personal o a otros niños en particular. Llamará al padre/guardián del niño y los directores del programa mantienen el derecho de suspenderlo dependiendo de la frecuencia y el nivel del lenguaje profano.
4. Si el niño está destruyendo a, incluyendo pero no limitado a la propiedad de la instalación, del otro niño o el personal. Llamará al padre/guardián del niño para recogerlo y dependiendo del nivel de la destrucción puede ser sujeto a la suspensión o la expulsión, lo que será a la discreción del director.

Yo, padre o guardián de \_\_\_\_\_ (por favor escribe el nombre completo),  
por la presente indica que leí y he recibido una copia de La Disciplina y Política de la Administración de  
la Conducta y que el personal indicado me ha conversado sobre a política.

Fecha de la Inscripción: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario de plan de atención médica individual

Foto del niño

El plan debe renovarse anualmente o cuando la condición del niño cambie

Marque todo lo que corresponda.....

El plan fue creado por:

- Padre
- Doctor o practicante con licencia
- Consultor de atención médica del programa
- Niño de edad escolar mayor (9+ años de edad)
- Otro: \_\_\_\_\_

El plan es mantenido por:

- Director
- Subgerente
- Educador de niños
- Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del niño:	Fecha:
¿Algún cambio en el plan de atención médica del niño? Sí (indique los cambios a continuación) NO (se requieren firmas actualizadas del médico / padres)	
Nombre de la condición crónica de atención médica:	
Descripción de la condición crónica de atención médica:	
Síntomas:	
Tratamiento médico necesario durante el programa:	
Posibles efectos secundarios del tratamiento:	
Posibles consecuencias si el tratamiento no se administra:	
Nombre de los educadores que recibieron capacitación sobre la condición médica:	
Persona que capacitó al educador (Practicante de atención médica del niño, padre del niño, Consultor de atención médica del programa):	

Nombre del profesional de la salud con licencia (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Autorización de un profesional de atención médica con licencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Consentimiento de los padres / tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLO para niños mayores (mayores de 9 años)**

With written parental consent and authorization of a licensed health care practitioner, this Individual Health Care Plan Con el consentimiento por escrito de los padres y la autorización de un profesional de la salud con licencia, este Plan de Atención Médica Individual permite a los niños de edad escolar mayores llevar su propio autoinyector de inhalador y / o epinefrina y usarlo según sea necesario sin la supervisión directa de un educador.

El educador conoce los contenidos y requisitos del Plan de atención médica individual del niño que especifica cómo el inhalador o el autoinyector de epinefrina se mantendrán seguros del acceso de otros niños en el programa. Siempre que un Plan de atención médica individual prevea que un niño lleve su propio medicamento, el titular de la licencia debe mantener en el lugar un suministro de respaldo del medicamento para su uso según sea necesario.

Edad del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Recibió medicamentos de respaldo? Sí

NO Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del administrador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### ***Prime Time después de la escuela Contrato de tareas***

Yo \_\_\_\_\_ acepto hacer la tarea en Prime Time After School durante el tiempo elegido por mis padres. Entiendo que mis padres y los consejeros y / o directores después de la escuela están en comunicación con mis padres sobre cómo me está yendo con mi tarea.

\_\_\_\_\_  
Firma del niño Fecha

Me gustaría que mi hijo haga la tarea los días siguientes.

Lunes martes Miércoles Jueves Viernes \_\_\_\_\_

Me gustaría que mi hijo gastara (marque uno)

15 minutos en la tarea \_\_\_\_\_

30 minutos en la tarea \_\_\_\_\_

45 minutos en tarea \_\_\_\_\_

Tarea completa \_\_\_\_\_

Me gustaría que mi hijo trabaje en la tarea en las siguientes categorías (marque todas las que desee, también priorice)

Lectura \_\_\_\_\_ Matemáticas \_\_\_\_\_ Escritura y ortografía \_\_\_\_\_ Proyectos \_\_\_\_\_

Me gustaría que mi hijo (marque uno)

Tarea completa sin ayuda \_\_\_\_\_

Complete la tarea con ayuda si es necesario \_\_\_\_\_

Según este contrato, los padres acuerdan asegurarse de que los niños tengan sus tareas todos los días en la carpeta de tareas suministrada por el maestro, y el personal de After School acuerda revisar todas las tareas una vez que se hayan completado. Se recomienda que los padres también verifiquen diariamente la tarea de los niños.

Firma del padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Prime Time Firma del personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_