

SMART FROM THE START

Lista de Registro

Nombre del niño/a _____ Fecha: _____

Fecha de Inscripción: _____ Fecha de Despido: _____

_____ Información del Estudiante/Familia

_____ Recibo del Manual para Padres

_____ Recibo del Resumen de Normas de Licencia para Centros de Cuidado Infantil

_____ Recibo de la Política de Orientación y Disciplina

_____ Excursiones a pie/Salidas

_____ Autorización de Fotografía

_____ Autorización para Medicamentos sin Receta

_____ Autorización para Medicamentos con Receta y de Venta Libre

_____ Acuerdo de Matrícula

_____ Hoja de Datos del Niño/a

_____ Evaluación de Salud (registros de vacunas, examen físico, historial de salud, cuestionario de tuberculosis)

_____ Certificado de Nacimiento (Dentro de los 30 días de inscripción, el padre o tutor debe proporcionar una copia certificada del certificado de nacimiento del niño/a)

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre del niño/a _____

Dirección de casa del niño/a _____

Teléfono de casa _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Dirección de casa del Padre/Madre 1, en caso de ser diferente a la del estudiante

Dirección de casa del Padre/Madre 2, en caso de ser diferente a la del estudiante

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:

Padre/Madre 1:

Nombre _____

Números de Teléfono Celular # _____ Trabajo # _____ Casa # _____

Correo Electrónico _____

Empleo _____

Dirección de Empleo _____

Padre/Madre 2:

Nombre _____

Números de Teléfono Celular # _____ Trabajo # _____ Casa # _____

Correo Electrónico _____

Empleo _____

Dirección de Empleo _____

HORARIO DE TRABAJO ESPERADO PARA LOS PADRES

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

HORARIO DE CUIDADO ESPERADO PARA EL NIÑO/A

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del Médico _____

Número de Teléfono _____

Dirección _____

Hospital Preferido _____

Alergias, Necesidades Especiales o Instrucciones Especiales _____

Autorizo a Smart From the Start, licenciado por el Departamento de Servicios para Niños y Familias, a buscar tratamiento médico de emergencia y/o tratamiento quirúrgico de emergencia para el menor mencionado anteriormente mientras esté bajo cuidado. En caso de emergencia, la directora del personal viajará con el estudiante en la ambulancia al hospital más cercano.

Humboldt Park Health 1044 N. Francisco Chicago IL 60622

(Firma del Padre/Tutor)

(Fecha)

CONTACTOS DE EMERGENCIA

TODA LA INFORMACIÓN SE CONSIDERARÁ Y MANEJARÁ DE MANERA CONFIDENCIAL

Por favor, enumere nombres, direcciones y números de teléfono si no se puede contactar a los padres.

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

LISTA DE RECOGIDA

TODA LA INFORMACIÓN SE CONSIDERARÁ Y MANEJARÁ DE MANERA CONFIDENCIAL

Smart From the Start tiene permiso para entregar a mi hijo/a a los siguientes en caso de que los padres no estén disponibles para recogerlo por cualquier motivo. Si un niño no es recogido antes de la hora de cierre de la escuela, Smart From the Start tiene mi permiso para contactar a la lista de emergencia y luego a la lista de recogida. Después de 15 minutos de intentos fallidos de comunicarse con los padres, contactos de emergencia y lista de recogida, estamos obligados a llamar a la comisaría de policía más cercana y al DCFS.

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

NOMBRE _____ RELACIÓN _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

(Firma del Padre/Tutor)

(Fecha)

RECIBO DEL MANUAL PARA PADRES

Yo, _____, certifico que he recibido el Manual para Padres de Smart From the Start.

(Firma del Padre/Tutor)

(Fecha)

RECIBO DEL RESUMEN DE NORMAS DE LICENCIA PARA CENTROS DE CUIDADO INFANTIL

Yo, _____, certifico que he recibido una copia del resumen de las normas de licencia impresas por el Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois.

(Firma del Padre/Tutor)

(Fecha)

RECIBO DE LA POLÍTICA DE ORIENTACIÓN Y DISCIPLINA (EN EL MANUAL PARA PADRES)

Yo, _____, certifico que he recibido y comprendido la política de orientación y disciplina que está claramente definida en el Manual para Padres de Smart From the Start.

(Firma del Padre/Tutor)

(Fecha)

EXCURSIONES Y SALIDAS A PIE

Smart From the Start puede realizar paseos, visitas, excursiones. Si realizamos salidas a pie o excursiones en transporte en autobús, se requerirán permisos especiales para esas circunstancias. Se requiere permiso para participar.

Doy permiso a Smart From the Start para que lleve a mi hijo/a en salidas como se menciona, entendiéndolo que se solicitarán permisos especiales antes de cualquier excursión/salida.

(Firma del Padre/Tutor)

(Fecha)

AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA

Smart From the Start tiene mi permiso para usar fotografías y/o videos míos o de mi hijo/a para fines publicitarios, promocionales o educativos. Entiendo que estas imágenes se pueden usar en publicaciones impresas, publicaciones en línea, presentaciones, sitios web y redes sociales. También entiendo que no se me pagará ningún tipo de regalía, tarifa u otra compensación por dicho uso.

___ Sí, doy mi consentimiento para que Smart From the Start use fotografías de mi hijo/a con fines escolares y/o en eventos escolares.

___ No, no autorizo a Smart From the Start a usar fotografías de mi hijo/a para ningún evento.

(Firma del Padre/Tutor)

(Fecha)

AUTORIZACIÓN MÉDICA DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Doy permiso al personal de Smart From the Start para aplicar productos de venta libre tópicos a mi hijo/a según sea necesario (marque todos los que correspondan)

*Protector solar proporcionado por la escuela. Los padres deben proporcionar al centro otros elementos enumerados si es necesario.

___ Protector solar. ___ Crema para pañales/Aquaphor. ___ Orajel

___ Tabletas para la dentición. ___ Bálsamo labial ___ Crema/Loción

(Firma del Padre/Tutor)

(Fecha)

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE Y CON RECETA

Todos los medicamentos con receta y de venta libre deben estar en el envase original etiquetado por la farmacia y solo se pueden administrar si se firma el formulario de consentimiento de Smart From the Start (consulte al director para obtener el formulario de consentimiento cuando sea necesario). La etiqueta original del medicamento debe tener el nombre del niño/a, la fecha, la dosis y la frecuencia de administración. Debemos tener una nota de la médico archivada que se coordine con ese medicamento, independientemente de si es con receta o de venta libre.

(Firma del Padre/Tutor)

(Fecha)

ACUERDO DE MATRÍCULA

A partir del _____, Smart From the Start se compromete a brindar servicios de cuidado infantil para los siguientes niños:

(Nombre Impreso del Niño)

(Fecha de Nacimiento)

(Nombre Impreso del Niño)

(Fecha de Nacimiento)

- Cuota anual de inscripción de \$100.00 (debida al momento de la inscripción y cada marzo posterior)
- Los copagos se deben pagar el día 5 de cada mes, así como la cuota adicional de \$40 (por un solo niño) o \$50 (por varios niños) \$_____
- Cantidad semanal pagada \$_____
- Tarifa por recogida tardía de \$15, más \$1 por minuto después de nuestro horario de cierre.

La matrícula se paga semanalmente y puede prorratearse según la fecha de inicio y finalización. El tutor debe notificar con 60 días de anticipación si cancela la matrícula. La tarifa de inscripción es anual y se pagará cada marzo.

Al firmar este acuerdo, el padre, tutor legal o adulto responsable y el centro de cuidado infantil se comprometen a cumplir con todas las políticas y disposiciones contenidas en este contrato y en el manual para padres.

(Firma del Padre/Tutor)

(Fecha)

HOJA DE DATOS DEL NIÑO

Si el niño/a tiene alguna de las siguientes condiciones, por favor explique:

Condiciones médicas: _____

Alergias: _____

Alimentos que le gustan: _____

Alimentos que no le gustan: _____

Miedos: _____

¿Su hijo/a duerme la siesta? _____ Hora _____ Duración _____

¿Qué ayuda a su hijo/a a dormir la siesta? _____

Estado actual del entrenamiento para ir al baño: _____

¿Su hijo/a ha asistido a guardería antes? _____ Si sí, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Su hijo/a tiene hermanos/as? Si sí, nombres y edades _____

Si sí, nombres y edades: _____

¿Su hijo/a tiene mascotas? _____ Si sí, nombres: _____

¿Su hijo/a toma regularmente medicamentos? _____, Nombre del medicamento _____

Solo para bebés

Su hijo/a toma, leche materna o fórmula

Nombre de la fórmula _____, oz _____ cada _____ hrs

¿Su hijo/a usa chupete? Sí o No

Cualquier otra información que le gustaría que sepamos: _____
