

Nombre: _____ Apodo: _____ FDN: ____/____/____ Grado: _____

Información de los Padres/Tutores

Nombre de la Madre: _____ ¿custodia? Si No Teléfono _____ Número Celular: _____
Lugar donde trabaja: _____ Teléfono _____

Nombre del Padre: _____ ¿custodia? Si No Teléfono _____ Número Celular: _____
Lugar donde trabaja _____ Teléfono _____

Dirección del estudiante: _____ # de adultos que viven con el estudiante _____

¿Tiene algunos parientes en el programa? _____

Emergencia/Información Médica

Nombre del Doctor: _____ Teléfono _____

Nombre del Asegurado: _____ Poliza#: _____

***Adjunte una copia de la tarjeta de seguro**

¿Es este su único seguro? Si No Si no es así, ¿cual es su primer seguro? : _____ Poliza#: _____

¿Tiene alergias? Si No Si dijo si, explique por favor : _____

¿Está tomando medicinas? Si No Si dijo si, explique por favor: _____

¿Tiene alguna otra condición que nosotros deberíamos saber? Si No Si dijo que si, por favor explique: _____

Al firmar esta autorización, yo doy mi permiso al personal del Programa de Cuidado Infantil Extensivo para que obtengan atención médica adecuada en caso de que suceda una emergencia y no se pueda localizar a los padres/tutores .

Contactos de Emergencia

Nombre: _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

Doy mi autorización para que mi(s) niño(s) puedan ser recogidos por las siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Entiendo que es mi responsabilidad de notificar a cada persona que está en esta lista, que necesitan presentar una identificación con fotografía cuando vayan a recoger a mi hijo/a(s) Por favor, escriba sus iniciales: _____

Yo entiendo que la siguiente lista de pagos ha sido aprobada por la Junta Escolar para el año escolar 2017-2018.

Un niño	Dos niños	Tres niños	Cuatro niños
\$25.00 Pago Semanal	\$45.00 Pago Semanal	\$67.00 Pago Semanal	\$90.00 Pago Semanal

- El pago mínimo semanal que se cobrará por estudiante es de \$25.00, sin importar los días que asistió el estudiante esa semana.
- Se le dará un descuento del 10% a las familias que tengan 2 niños o más.
- Se cobrará un cargo de \$4.00 por cada periodo de 15 minutos que llegue tarde, después de las 5:45 PM.
- Si no paga los viernes de cada semana, habrá un recargo de \$10.00.
- Se cobrará \$25.00 extra, por cada cheque que no tenga fondos, y todos los futuros pagos se harán en efectivo, y con una semana de anticipación.

He leído y entiendo las formas de pago. **Por favor, escriba sus iniciales: _____**

He leído y entiendo la disciplina que se aplica en el centro. **Por favor, escriba sus iniciales: _____**

Estoy de acuerdo y entiendo que toda la información que he proporcionado al programa de cuidado extensivo es verdadera y acertada.

Firma de los Padres/Tutores _____ Fecha: _____