

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: \_\_\_\_\_ Póliza#: \_\_\_\_\_

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

¿Es este su único seguro?  Si  No Si no es así, ¿cuál es su primer seguro? : \_\_\_\_\_ Póliza#: \_\_\_\_\_

¿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 entendí que la siguiente lista de pagos ha sido aprobada por la Junta Escolar para el año escolar 2019-2020.**

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: \_\_\_\_\_