



Forma de Inscripción

Nombre del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección _____

Nombre de la Madre: _____

Dirección de las Casa _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono: Celular _____

Dirección de Trabajo _____ Teléfono del Trabajo: _____

Nombre del Padre: _____

Dirección de la Casa _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____

Dirección del Trabajo _____ Teléfono del Trabajo: _____

Persona de contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Persona autorizada para recoger a su hijo/a:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Al firmar esta página Reconozco que todos los números que se indican, a lo mejor de mi conocimiento . Yo autorizo a Dawn to Dusk para que notifique a mis contactos de emergencia para cualquier cambio de pólizas, eventos y para que acepten cartas que no sean personales en mi nombre.

Firma del Padre

Date

Relación social:

El niño/a que ha tenido experiencia en el parque con otros niños? _____

Por naturaleza es amigable el niño/a? Agresivo _____ Tímido _____ Retirado _____

¿Cómo es él / ella se lleva bien con sus hermanos y hermanas? _____

Otros adultos _____

El niño/a conoce a otro niño en el centro? _____

Usted se siente que el / ella se ajusta fácilmente al ambiente preescolar estructurado? _____

A él / ella le gusta estar solo? _____

Cómo él / ella se comporta con extraños? _____

Al niño/a obtiene mucha atención de los adultos? _____

Que es lo que le molesta a el niño/a ? _____

Cómo él / ella mostrar sus sentimientos? _____

Cuál es la mejor forma de manejar las rabietas de su niño?

Hábitos de baño

¿Se le puede confiar para indicar cuando necesita ir al baño? _____

¿Qué palabra se usa para ir al baño? _____ ¿Qué palabra se usa para defecar? _____

Su niño orinar con frecuencia para su / edad? _____

El niño/a se asusta del baño? _____

El / ella tiene accidentes de orinarse? _____

¿Cómo él / ella reacciona a los accidentes de orinarse? _____

El niño es fácil o difícil de enseñar? _____

El niño/a moja la cama por la noche? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Sueño

A qué hora el niño/a se va a la cama? _____

El/ ella esta listo a esa hora para dormir? _____

A qué hora él / ella despierta? _____

El / ella tiene su / su propia cama? _____

Tiene él / ella tener su propio cuarto? _____

El / ella camina, hablar, o llorar por la noche? _____

¿Cuál es él / ella el estado de ánimo al despertar? _____

El niño/a toma siestas? _____

¿A qué hora? Desde _____ de _____

Salud

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Marque las que correspondan:

¿Cuál de las enfermedades transmisibles ha tenido niños?

El sarampión ___ Paperas ___ La tos ferina ___ Rubéola ___ La varicela ___

Alergias de los niños

Haga una lista de alimentos de temporada u otras alergias que su niño pueda tener

Signos

Los síntomas

Primeros Auxilios

Si su niño no tiene alergias a los alimentos marque con una X junto a la caja

Yo entiendo que estoy obligado a entregar dos copias de la documentación oficial, y también un de plan de acción para la alergia, firmado por un médico, para las alergias de mi niño.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Acuerdo de Padres

(2019-2020)

El nombre del niño/a _____

Nombre de los padres o del guardian _____ Entiendo y acepto lo siguiente

1. Comunicarse con la escuela / maestro de mi hijo sobre una base regular para mantenerse informado de su / su progreso encontrar maneras en que puedo ayudar a mi hijo.
2. Asistir a las conferencias de padres / maestros de mi hijo para apoyar la educación de mi hijo.
3. Asegúrese de que mi hijo asista a la escuela diariamente ya tiempo. El preescolar cierra todos los días a las 3:00 PM para el programa de Abbott y a las 5:30 PM para la envolvente del programa. Cualquier niño no recogieron a tiempo se le cobrará un recargo de \$ 1.00 por minuto para cualquier momento durante los primeros 5 minutos.
4. Ser voluntario en la clase de mi hijo o ir a la excursión con la clase de mi hijo.
5. Involucrar a las actividades de enriquecimiento de mi hijo en casa. (Es decir, Leer un cuento cada noche)
6. Comunicar con mi familia del trabajador por lo menos tres (3) veces al año para las visitas al centro / hogar. (Obligatorio por distrito)
7. Participar en la organización de padres en la escuela de mi hijo.
8. Apoyar la escuela de mi hijo, asistiendo a la mayoría de las funciones de la escuela.
9. Asistir a talleres para padres y eventos familiares en la escuela de mi hijo y dentro del distrito para obtener información para mí mismo / familia.
10. Notificar a la escuela de cualquier cambio en la información de contacto inmediatamente después del cambio.
11. Mantener el signo / Cerrar sesión lámina sobre una base diaria con una firma legible cada día mi hijo está en la asistencia en el amanecer al anochecer.
12. Consentimiento para las enfermeras de la Oficina de la Primera Infancia y amanecer hasta el anochecer Centro de cuidado de niños para llevar a cabo exámenes médicos anuales de rutina para: visión, dental, y el oído en mi hijo. Por otra parte, reconozco que en el caso de que mi hijo necesita buscar atención médica, se me notificará y provisto de la documentación de apoyo. _____

Inicial

La información de la proyección puede ser compartida con el maestro guía de su hijo . _____

Inicial

13. Si surge una necesidad médica, el personal del programa se pondrá en contacto con nosotros primero y arreglaré para que mi hijo recogió en 30 minutos. Si yo no pueda ser localizado, estoy de acuerdo que el personal se comunicará con un adulto autorizado en la lista de emergencia de mi hijo para recoger a mi hijo. Si la necesidad médica es tal que se necesita atención médica inmediata y / o de emergencia, acepto que el personal del programa puede ponerse en contacto con los paramédicos locales y que será responsable de cualquier gasto médico ocurrieron. _____

Inicial

14. Entender que cuando mi hijo está en riesgo de causar lesiones graves a sí mismo oa otros niños, o el comportamiento de mi hijo es perjudicial para el programa y evita que el programa es beneficioso para él / ella o para otros, el niño puede estar pedido para ser recogidos dentro de los 30 minutos. Si el comportamiento continúa perturbando el programa, habrá una conferencia obligatoria y posible expulsión del programa.

15. Entender que todos los formularios de inscripción deben ser completa antes de que mi hijo puede estar inscrito en el amanecer al anochecer.

16. De conformidad con los requisitos de licencia de cuidado de niños de la Nueva Jersey, es obligatorio proporcionar usted, como padre de su hijo matriculado en este centro, con la siguiente información de la Oficina de Licencias. Usted tiene el derecho de visitar y observar nuestro centro en cualquier momento sin necesidad de autorización previa; es la obligación de ser centro de licencia y para cumplir con las normas de licencia; y es una obligación de todos los ciudadanos para informar de cualquier niño física, sexual o psicológica abuso / negligencia o explotación sospechosa de la División de Protección de la Infancia y de Permanencia (DCP & P).

17. Se me ha proporcionado una copia de Dawn to Dusk Manual para Padres . He leído el manual y estoy de acuerdo con las polísis y procedimientos como se indica . Soy plenamente consciente de que el incumplimiento de este acuerdo o las políticas establecidas en el manual puede resultar en la terminación del programa.

Signature _____ Date _____

Permission Sheet

Viajes

Doy permiso para mi hijo/a _____ Para participar en los viajes de campo de Dawn to Dusk Preschool durante su inscripción en el programa

Signature of Parent/Guardian

Date

Permiso para el transporte/viajes

Doy permiso para mi hijo/a _____ Montar en un autobús escolar para excursiones contratadas por Dawn to Dusk, para hacia y desde el centro durante su inscripción en el programa.

Signature of Parent/Guardian

Date

Permiso de Foto

Doy permiso para que los medios usen fotografías de mi hijo en relación con las actividades preescolares de Dawn to Dusk

YES _____

NO _____

Signature of Parent/Guardian

Date