

fecha de inicio: _____ fecha de finalización : _____

Escuela que asiste el niño/a: _____ Año escolar: _____ Grado: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino o
femenino (marque uno)

Dirección del hogar: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Teléfono de emergencia #1 _____ Nombre _____

Teléfono de emergencia #2 _____ Nombre _____

Guardia 1 _____ Numero de Trabajo _____ Numero de casa _____

Dirección _____

Número de Licencia de conducir _____

Empleador: _____ Dirección del empleador _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico _____

Guardia 2 _____ Numero de Trabajo _____ Numero de casa _____

Dirección _____

Número de Licencia de conducir _____

Empleador: _____ Dirección del empleador _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico _____

Personas autorizadas para recoger al niño y contactos de emergencia adicionales (el nombre debe tener al menos 2 personas, no guardianes)

1. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Teléfono adicional #: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Teléfono adicional #: _____

3. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Teléfono adicional #: _____

Información médica: (Por favor, complete cada espacio a continuación)

¿Su hijo/a tiene limitaciones debido a condiciones físicas, médicas, de comportamiento, de visión y/o audición?

Explique: _____

Liste cualquier alergia: _____

Liste los medicamentos de su hijo/a: _____

Liste el nombre, dirección y teléfono del médico de su hijo/a: _____

¿Hospital de preferencia? _____

(date)

Acuerdo de los padres

Entiendo que como padre/madre o tutor/a de mi hijo/a menor: _____, soy responsable de otorgar permiso y consentimiento para los siguientes procedimientos, así como de las acciones y el estado físico de mi hijo/a mientras esté en el programa de EnrichTheKids, Inc. **Mis iniciales indican mi acuerdo con todas las pólizas que se**

enumeran a continuación.

1. Permito que mi hijo/a participe en todas las actividades del programa y siga el horario del día. Estoy de acuerdo en que ayudaré a hacer cumplir las reglas y regulaciones de EnrichTheKids, Inc. para que todos los niños puedan tener un entorno seguro y feliz. _____
2. Si un niño trae un arma a EnrichTheKids, Inc., será expulsado. Las armas incluyen pistolas, cuchillos, etc. Entiendo que cualquier acto de violencia física o intimidación resultará en la expulsión del programa. _____
3. En una emergencia, autorizo al personal del programa a contactar directamente a las personas que figuran en el formulario de inscripción. Autorizo al médico o al personal del hospital/emergencia a proporcionar el tratamiento necesario en caso de emergencia. Si no se puede contactar a los padres, tutores o personas autorizadas para recoger al niño/a, los empleados del programa están autorizados a tomar las medidas necesarias para la salud y el bienestar de mi hijo/a. Acepto que soy el único responsable de pagar todos los costos de tratamiento médico de emergencia y/o servicios de ambulancia. _____
4. Acepto seguir los procedimientos de registro/salida establecidos en el Manual para Padres. Entiendo que el programa no es responsable de mi hijo/a en el trayecto hacia el programa antes de que esté debidamente registrado. Revisaré los procedimientos con mi hijo/a y entendemos que los niños no podrán registrarse ni salir por sí mismos del programa. _____
5. Todos los números de teléfono, información de emergencia e información médica estarán completos y actualizados. _____
6. Autorizo a mi hijo/a a ver películas G/PG en el programa de EnrichTheKids, Inc. _____
7. Entiendo que mi hijo/a no podrá asistir al programa si no he solicitado asistencia para el cuidado infantil a través de ECECD. _____
8. La recogida es a las 6:00 PM. Si la recogida ocurre después de las 6:00 PM, se me cobrará \$5.00 por minuto. Después de 3 recogidas tardías, mi hijo/a será dado de baja del programa. _____
9. Acepto autorizar al personal del programa a proporcionar y aplicar protector solar o repelente de insectos a mi hijo/a si se considera necesario para la seguridad y el bienestar de mi hijo/a. _____
10. Permito que el personal de EnrichTheKids, Inc. administre medicamentos de rescate y/o medicamentos recetados según sea necesario. Entiendo que soy responsable de proporcionar los medicamentos e instrucciones para su uso. _____
11. Concedo a EnrichTheKids, Inc. el derecho de fotografiarme a mí y a mi familia en relación con EnrichTheKids, Inc. Acepto que EnrichTheKids, Inc. pueda utilizar dichas fotografías de mi hijo/a con o sin su nombre y para cualquier propósito lícito, incluidos, por ejemplo, fines publicitarios, ilustraciones, publicidad y contenido web. _____
12. Mi hijo/a usará zapatos de punta cerrada para proteger sus pies y zapatos con los que pueda correr y jugar. Algunas actividades que realizaremos pueden ensuciarse, mancharse o mojarse; los niños deben usar ropa adecuada para estas actividades y traer una botella de agua. _____
13. No responsabilizaré a las Escuelas Públicas de Las Cruces ni a EnrichTheKids, Inc. ni a ningún maestro/a, coordinador/a o padre/madre patrocinador/a del programa por ningún accidente o enfermedad del estudiante mencionado anteriormente. _____
14. Concedo permiso para que el personal de EnrichTheKids, Inc. consulte con el maestro/a de mi hijo/a para el mejor uso del tiempo de tarea. _____
15. Entiendo que debo solicitar asistencia para el cuidado infantil a través del Departamento de Educación Infantil y Cuidado Infantil de Nuevo México antes de reservar un lugar para mi hijo/a. Compartiré prueba de la solicitud y los resultados de la misma antes de que mi hijo/a pueda asistir. <https://www.nmeccd.org/information-for-parents/>

Yo, _____, he leído el Manual para Padres de EnrichTheKids, Inc. y entiendo las disposiciones de este contrato de cuidado infantil y seguiré dichas disposiciones. Han sido creadas para la seguridad y diversión de cada niño/a. El incumplimiento de estas disposiciones podría llevar a la suspensión o expulsión de mi hijo/a de EnrichTheKids, Inc.

Firmado: _____ Fecha: _____

Si su hijo/a requiere la administración de medicamentos durante el horario del programa, consulte con el Director del Programa o el Director del Sitio antes de la asistencia.

Acuerdo de los padres: Por favor, lea cuidadosamente