



## FACES Kinder / Preschool & Child Care Center

<b>Registración</b>				Fecha de Inicio del cuidado.	Fecha de Término del cuidado.
Nombre del Niño	Apellido	Nombre	Segundo nombre	Nombre de cariño.	Fecha de nacimiento.
Dirección	Calle	Ciudad		Código Postal	
Nombre del Padre / Tutor			Teléfono de Casa # ( ) -	Teléfono Celular # ( ) -	Teléfono de Trabajo # ( ) -
Dirección	Calle	Ciudad		Código Postal	
Dirección donde se le puede localizar mientras el niño esté en el cuidado.				Ciudad	Código Postal
Nombre del Padre / Tutor			Teléfono de Casa # ( ) -	Teléfono celular # ( ) -	Teléfono de Trabajo # ( ) -
Dirección	Calle	Ciudad		Código Postal	
Dirección donde se le puede localizar mientras el niño esté en el cuidado..				Ciudad	Código Postal

### Al no ser usted, ¿Quién tiene permiso para recoger a su hijo?

Nombre	Dirección	Número de Teléfono
Nombre: Parentesco:		Casa: ( ) - Ceularl: ( ) - Trabajo: ( ) -
Nombre: Parentesco:		Casa: ( ) - Celular: ( ) - Trabajo: ( ) -
Nombre: Parentesco:		Casa: ( ) - Celular: ( ) - Trabajo: ( ) -

En caso de emergencia, Doy permiso para que se contacte a cualquiera de las siguientes personas y mi hijo pueda ser entregado a cualquiera de ellas. Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_

Nombre:	Dirección	Número de Teléfono
Name: Parentesco:		Casa: Celular: Trabajo:
Nombre: Parentesco:		Casa: Celular: Trabajo:
Nombre: Parentesco:		Casa: Celular: Trabajo:

¿Quién NO tiene permiso para recoger a su Hijo? Si aplica (Una copia del documento Judicial de respaldo para archivo).

Nombre	Razón

### Información de Salud del Niño

Fecha del último examen físico:	Proveedor de atención médica.	Número de teléfono ( ) -
Dirección Calle	Ciudad	Código Postal
¿Problemas especiales de salud? ¿Sí o No? En caso que sí, especifique.	Alérgicas, incluyendo reacciones a medicamentos. Si o No? En caso que sí, especifique.	
Medicamentos regulares? ¿Sí o No? En caso que sí, especifique.	Otra información importante: ¿Si o no? En caso que sí, especifique.	
Nombre del Dentista del Niño:	Número de Teléfono ( ) -	
Dirección Calle	Ciudad	Código Postal

### Cobertura Médica del Seguro del Niño

Nombre de la compañía de seguros:	Número de miembro / Póliza
Nombre del titular de la Póliza:	Nombre del empleador:
Nombre de la compañía de seguros:	Número de miembro / Póliza
Nombre del titular de la Póliza:	Nombre del empleador:

### Consentimiento para atención médica y Tratamiento de Niños menores.

Doy permiso para que mi Hijo, \_\_\_\_\_, pueda recibir primeros auxilios / tratamiento de emergencia por parte del Centro de cuidado de niños y / o un miembro del staff calificado en:

Nombre del Licenciario: \_\_\_\_\_

Dirección del Licenciario: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor	Fecha	Firma del Padre / Tutor	Fecha

Quando no me puedan contactar, autorizo y doy mi consentimiento para que un médico con licencia, proveedor de atención médica, hospital o asistente de asistencia médica realice un tratamiento médico, quirúrgico y hospitalario, tratamiento y procedimientos para mi hijo cuando el médico lo considere necesario o lo recomiende. Ayudante de auto para salvaguardar la salud de mi hijo. Renuncio a mi derecho de consentimiento informado para dicho tratamiento.

También doy mi permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia o automóvil de ayuda a un centro de emergencia para recibir tratamiento. Certifico bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de Oregon que esta información es verdadera y correcta.

Firma del Padre / Tutor	Fecha	Firma del Padre / Tutor	Fecha



## Forma de Autorización del Uso de Fotografía, Audio y Video.

Por la presente autorizo los derechos del uso de mi imagen, y el sonido de mi voz, grabado, en audio o video sin tener que pagar, o de cualquier otra consideración. Entiendo que mi imagen puede ser editada, copiada, exhibida, publicada o distribuida y renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto final en la que aparece mi imagen. Además, yo renuncio a cualquier derecho a las regalías o compensaciones derivadas o relacionadas con el uso de mi imagen o la grabación. También entiendo que este material puede ser utilizado en diversos entornos educativos dentro de un área geográfica sin restricciones.

Registros fotográficos de audio, video o fotografía puede ser usado para los siguientes fines:

- ★ Las presentaciones de conferencias.
- ★ Las presentaciones o cursos educativos.
- ★ Presentaciones informativas.
- ★ Cursos educativos en línea.
- ★ Videos educativos, folletos, publicidad página de internet.

Al firmar este comunicado, entiendo que éste permiso significa que las grabaciones fotográficas o de video de mi persona pueden ser utilizadas vía electrónica y se muestren a través de internet o en el ámbito educativo público. No hay límite de tiempo sobre la validez de este comunicado, ni tampoco existe ninguna limitación geográfica de donde estos materiales pueden ser distribuidos. Esta versión se aplica a las grabaciones de fotografía, audio o video recopilados cómo parte de las sesiones en las que participe.

Al firmar este formulario, yo reconozco que he leído y entiendo completamente la puesta en libertad y autorización de derechos y me obligo a cumplir con ello. Yo libero cualquier y todo reclamo en contra de cualquier persona u organización que utilice este material con fines educativos.

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección: / P.O. Box: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si ésta autorización se obtiene para un menor de 18 años, se necesita la autorización del Padre / Tutor legal.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **No doy autorización de que le tomen fotos y/o video de mi hijo (a) (s)**



## PRE- ESCOLAR Y CUIDADO DE NIÑOS.

### AUTORIZACIÓN PARA ASISTIR A IR AL BAÑO

Nombre del Niño (a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mi niño (a) no necesita ayuda y/o no autorizo.

\_\_\_\_\_ Mi niño (a) si necesita ayuda.

Por medio de la presente autorizo al personal de FACES Pre-escolar y Day Care para auxiliar a mi niño (a) para ir al baño. (Por ejemplo limpiarse, acomodarse la ropa y/o lavarse las manos).

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## DOCUMENTO SOBRE LOS REQUISITOS DIARIOS EN FACES.

**AÑO ESCOLAR 2024-2025.**

1. Los horarios de entrada y salida son muy importantes para atender mejor a su hijo, por favor asegúrese de respetar los horarios contratados.
2. Por favor, asegúrese de actualizar la lista de familiares de emergencia, y háganos saber quién está autorizado para recoger a su hijo. Si uno de los padres no está autorizado para recoger a su hijo, asegúrese de que tengamos una orden judicial en nuestros archivos; de lo contrario, no podremos evitar que el niño se vaya con uno de los padres.
3. Los uniformes (camisetas de FACES) son obligatorios todos los días, por favor asegúrese de que su hijo/a lo lleven puesto. Si su hijo se presenta sin el uniforme, pueden pasar dos cosas: a) Le daremos uno nuevo y el costo será agregado a su colegiatura. b) No será aceptado hasta que lo tenga puesto. Durante el invierno, tendremos sudaderas a la venta, porque si usted envía a su hijo con una chaqueta pesada que no se pueda quitar una vez dentro del edificio, le será difícil a su hijo realizar sus actividades.
4. Es muy importante que tu hijo tenga dos juegos extra de ropa en su mochila o cubículo todos los días. La ropa puede ser la que tus hijos no usan con frecuencia, o es vieja.
5. También es muy importante que su hijo llegue limpio y arreglado a la escuela todos los días. Asegúrese de que viene con el pañal o el pañal entrenador limpio, ya que es la forma en la que usted también recibirá a su hijo. Anime a tu hijo a cepillarse los dientes y a ducharse a diario, es un hábito saludable.
6. Es muy importante la "comunicación escuela-padres", por favor asegúrese de responder y/o solicitar información a través de nuestro sistema Lillio (Hi mama). Esto mejorará la comunicación general en nuestro Centro. También, es muy importante que usted se involucre en las actividades escolares de sus hijos. Entendemos que los padres trabajan la mayor parte del día, pero participar en la educación de sus hijos es parte de su desarrollo.
7. Por favor, asegúrese de que su hijo/a haya comido cualquier alimento que haya podido ingerir en el coche, antes de entrar en el edificio.

8. No nos hacemos responsables de la pérdida de juguetes o similares que su hijo traiga a la escuela, preferimos que sus hijos no traigan ninguno, pero si lo hacen, es su responsabilidad checar si lo llevan antes de que se vayan a casa ese día.
9. Por seguridad, les pedimos que no envíen a sus hijos con sandalias a la escuela, deben llevar zapatos cubiertos.
10. Si su hijo viene a la escuela con algún rasguño, o herida de cualquier tipo, por favor avise al staff de recepción, para que puedan registrarlo. Si nos percatamos de alguna lesión después de que usted se haya marchado, le llamaremos para informarle de que estamos redactando un informe.

Muchas Gracias, esperamos que tengan un año escolar saludable y exitoso.

**Sinceramente,**

---

**Juanita B. Estrada**  
**Director**

**Firma de los Padres**

**Fecha**

---

---

---

---



## Contrato Familiar con Preschool y el Cuidado de niños.

El presente contrato se realiza entre el Padre (s) / Tutor (es)  
\_\_\_\_\_ nombre del Padre (s)  
\_\_\_\_\_ dirección del Padre (s)

y FACES Of America Pre-escolar de lenguaje Dual para los servicios académicos y de cuidado de los siguientes niños:

\_\_\_\_\_ nombre del niño y fecha de nacimiento.  
\_\_\_\_\_ nombre del niño y fecha de nacimiento.  
\_\_\_\_\_ nombre del niño y fecha de nacimiento.

El pago por dichos servicios será de \$ \_\_\_\_\_ al mes y será con el siguiente horario:

Hora de llegada \_\_\_\_\_ am y hora de salida \_\_\_\_\_ pm de Lunes a Viernes.

Los horarios y días mencionados no son flexibles. Si un padre va a llegar tarde a recoger al niño, se debe hacer todo lo posible para ponerse en contacto con FACES. Se cobrará una cuota de \$10.00 por cada 5 minutos de retraso.

El pago por el servicio se debe hacer a FACES por adelantado y se paga entre el 1er - 5to día del mes. Si un pago no se hace a tiempo, se aplicará la siguiente tarifa: \$50.00 la primera semana, \$100.00 la segunda semana. Si el pago no se recibe al final de la segunda semana, el niño no será aceptado, hasta que se haga el pago completo.

Los métodos de pago aceptados incluyen efectivo, cheque personal, tarjeta de crédito o money order. Si un cheque personal es devuelto por falta de fondos, el Padre/Tutor deberá pagar una cuota de \$35.00 por cheque devuelto. Si un cheque es devuelto más de una vez, sólo se aceptará como pago dinero en efectivo o money orders.

### **PAGOS DHS**

Si usted está en el programa de DHS, la política de pago es la siguiente:

Los co-pagos y las diferencias de los padres deben abonarse dentro de los mismos cinco primeros días del mes.

Las familias que utilizan el Programa de subvención Estatal DHS son responsables de pagar cualquier y todas las cantidades no cubiertas por el Programa.

### **Las tarifas por horas extras son las siguientes:**

Para el propósito de este contrato, las tarifas de horas extras se consideran cualquier cantidad de tiempo que el cuidado ocurra antes de la hora programada para dejar al niño o después de la hora programada para recogerlo.

Con previo aviso de los padres y la aprobación de FACES, se acuerda proporcionar cuidado de horas extras a una tarifa de \$5.00 por hora.

Sin aviso previo de los padres y la aprobación del proveedor, la tarifa por horas extras será de \$15.00 por hora.

### **Pagos durante Días Festivos, Vacaciones y otras ausencias:**

FACES no abrirá sus puertas durante los días festivos requeridos por el Estado, o durante las vacaciones de fin de año, para limpieza profunda y control de plagas. FACES trabaja bajo una base de colegiatura de año completo, la cual se divide en 12 cuotas y sigue el Calendario del Distrito Escolar; excluimos sus días de desarrollo profesional y de calificaciones. FACES no cobra por hora/por día, o por semana.

Si un padre toma días libres, o en caso de enfermedad y el niño no estará en el cuidado, FACES debe ser notificado por adelantado, como la colegiatura de FACES es anual, se requiere el pago completo.

### **Cargos adicionales:**

FACES cobrará cargos adicionales por bienes dañados.

### **Procedimientos de Término de contrato:**

Este contrato puede ser terminado por los padres o FACES. Se requiere un aviso de 4 semanas antes de la última fecha de cuidado.

FACES puede terminar este contrato inmediatamente sin previo aviso. Si el pago no se hace a tiempo.

### **Otros:**

- Si FACES decide no hacer cumplir cualquier parte del contrato, no renuncia al derecho de FACES de hacer cumplir cualquier otra parte del contrato.
- El contrato puede ser revisado en cualquier momento por FACES si es necesario.



**Firmas:**

Las firmas abajo indican el acuerdo con este contrato y con las políticas escritas de FACES (contenidas en el Manual de Padres y el documento de Requisitos Diarios).

FACES puede cambiar las políticas según sea necesario con previo aviso por escrito.

\_\_\_\_\_ Nombre del Padre.

\_\_\_\_\_ Nombre del Padre.

\_\_\_\_\_ Nombre del Director de FACES.

\_\_\_\_\_ Firma del Padre / fecha

\_\_\_\_\_ Firma del padre / fecha

\_\_\_\_\_ Firma del Director de FACES / fecha.

*Si el Padre, la Madre o el tutor legal es menor de 18 años, un co-firmante debe firmar este acuerdo y actuar como aval del contrato y comprometerse a cumplir todas las condiciones financieras.*