



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL CUIDADO INFANTIL

NOMBRE DEL CENTRO/PROVEEDOR	FECHA DE INGRESO	FECHA DE BAJA
NOMBRE DEL NIÑO/A	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DEL NIÑO/A (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		
INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA		
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) O MARQUE SI ES LA MISMA QUE LA DIRECCIÓN DEL NIÑO/A <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
EMPLEADOR O CENTRO EDUCATIVO	HORARIO LABORAL/LECTIVO	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR/CENTRO EDUCATIVO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	
NOMBRES DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) O MARQUE SI ES LA MISMA QUE LA DIRECCIÓN DEL NIÑO/A <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
EMPLEADOR O CENTRO EDUCATIVO	HORARIO LABORAL/LECTIVO	
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR/CENTRO EDUCATIVO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO	
Si usted o un miembro de su familia inmediata ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, dé clic aquí para obtener más información sobre los servicios relacionados con el ejército en Missouri o visite www.dese.mo.gov/veterans-services .		
CONTACTO DE EMERGENCIA Y PERSONAS AUTORIZADAS A LLEVARSE AL NIÑO/A DEL CENTRO QUE NO SEAN LOS PADRES (SE REQUIERE AL MENOS UN CONTACTO DE EMERGENCIA)		
NOMBRE	PARENTESCO CON EL NIÑO/A	NÚMERO(S) DE TELÉFONO
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		
NOMBRE	PARENTESCO CON EL NIÑO/A	NÚMERO(S) DE TELÉFONO
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		

El Departamento de Educación Primaria y Secundaria no discrimina en sus programas y actividades por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, orientación sexual, origen nacional, edad, condición de veterano, discapacidad mental o física o cualquier otro motivo prohibido por la ley. Las preguntas relacionadas con los programas del departamento y la ubicación de los servicios, actividades e instalaciones accesibles para personas con discapacidades pueden dirigirse a Jefferson State Office Building, Director of Civil Rights Compliance and MOA Coordinator (Title VI/Title VII/Title IX/504/ADA/ADAAA/Age Act/GINA/USDA Title VI), 5th Floor, 205 Jefferson Street, P.O. Box 480, Jefferson City, MO 65102-0480; número de teléfono 573-526-4757 o TTY 800-735-2966; dirección de correo electrónico civilrights@dese.mo.gov.

**COMENTARIOS SOBRE EL DESARROLLO DEL NIÑO/A
(DESARROLLO PERSONAL, COMPORTAMIENTO, PATRONES, HÁBITOS Y NECESIDADES INDIVIDUALES)**

NIÑO/A EMPARENTADO/A

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	RELACIÓN DEL NIÑO/A CON EL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL
---	--

INFORMACIÓN ÉTNICA Y RACIAL (NO ES OBLIGATORIO RESPONDER A ESTA SECCIÓN)

¿Es usted de origen hispano o latino? Sí No

¿Cuál es su raza? (Seleccione una o varias).	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Indígena de Hawái u otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco
---	---	--------------------------------------	--	---	------------------------------------

HORARIO PREVISTO DE ASISTENCIA DEL NIÑO/A Y CUALQUIER VARIACIÓN ESPERADA

REQUISITO DEL CACFP

El niño/a asistirá: <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial Marque qué días asistirá su hijo/a.	¿A qué hora suele llegar su hijo/a cada día?	¿A qué hora suele salir su hijo/a cada día?	Describa cualquier cambio o variación en la asistencia habitual, incluidos los cambios de turno.
Lunes	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	
Martes	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	
Miércoles	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	
Jueves	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	
Viernes	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	
Sábado	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	
Domingo	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	

COMIDAS QUE SUELE RECIBIR SU HIJO/A EN ESTE CENTRO

Desayuno Refrigerio en la mañana Almuerzo Refrigerio en la tarde Cena Refrigerio en la noche Ninguno

DÍAS FESTIVOS EN LOS QUE SU HIJO/A ESTÁ AL CUIDADO DE ESTE CENTRO

<input type="checkbox"/> Año Nuevo <input type="checkbox"/> Natalicio de Martin Luther King, Jr. <input type="checkbox"/> Natalicio de Lincoln <input type="checkbox"/> Natalicio de Washington	<input type="checkbox"/> Pascua <input type="checkbox"/> Día de Truman <input type="checkbox"/> Día de Conmemoración de los Caídos <input type="checkbox"/> Juneteenth (Día de la Liberación) <input type="checkbox"/> Día de la Independencia	<input type="checkbox"/> Día del Trabajo <input type="checkbox"/> Día de Colón <input type="checkbox"/> Día de los Veteranos <input type="checkbox"/> Día de Acción de Gracias <input type="checkbox"/> Navidad
--	---	---

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA

Entiendo que se me notificará inmediatamente en caso de que mi hijo/a tenga una urgencia, y tomaré las medidas necesarias para que mi hijo/a reciba atención médica con el médico u hospital de mi elección. Si no es posible ponerse en contacto conmigo para tomar las medidas necesarias, o en caso de una urgencia crítica que requiera atención médica, autorizo a

(NOMBRE DEL CENTRO DE
CUIDADO INFANTIL)

a ponerse en contacto con el/la siguiente:

MÉDICO O CLÍNICA

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
--------	--------------------

HOSPITAL DE PREFERENCIA

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
--------	--------------------

RECONOCIMIENTOS

A	Recibí una copia de las políticas de este centro relativas al ingreso, el cuidado y la baja de los niños.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
B	Se me ha informado que hay una copia de los reglamentos de concesión de licencia para los hogares de cuidado infantil o de los reglamentos de concesión de licencia para los hogares y centros de cuidado infantil grupal disponible en este centro para su revisión.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
C	El proveedor y yo hemos acordado un plan para la comunicación continua con respecto al desarrollo, el comportamiento y las necesidades individuales de mi hijo/a.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
D	Cuando mi hijo/a esté enfermo, entiendo y estoy de acuerdo en que es posible que no se le acepte en el centro de cuidado ni pueda permanecer en el centro de cuidado.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
E	Entiendo que, antes del primer día de asistencia de mi hijo/a, proporcionaré un comprobante de que mi hijo/a ha recibido todas las vacunas apropiadas para su edad o de que está exento de recibirlas.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
F	<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> No autorizo los paseos escolares/excursiones Entiendo que se me notificará con anticipación cuando se planifiquen.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
G	<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> No autorizo al centro a trasladar a mi hijo/a.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
H	Se me ha informado y he recibido una copia de la política de sueño seguro del centro en caso de inscribir a un niño/a menor de un (1) año de edad.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
I	Se me ha informado que puedo solicitar que se me notifique, en el momento de la inscripción inicial o en cualquier momento posterior, si hay niños actualmente inscritos o que asisten al centro para los que se ha presentado una exención de vacunación.	INICIALES DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	FECHA
-----------------------------	-------

REQUISITO DEL CACFP	PRIMERA ACTUALIZACIÓN ANUAL	FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	FECHA
	SEGUNDA ACTUALIZACIÓN ANUAL	FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	FECHA
	TERCERA ACTUALIZACIÓN ANUAL	FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR	FECHA

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la legislación federal de derechos civiles y las normativas y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otro idioma distinto al inglés. Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio grabado, lenguaje de señas de Estados Unidos), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de denuncia de discriminación de programa del USDA, que puede obtenerse en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta infracción de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse al USDA antes del:

1. **correo:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington,
D.C. 20250-9410; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.