



2019 Knowledge Builders Campamento de verano de registro

SÓLO PARA USO DE OFICINA

- UIF de Lectura de Verano Matrícula K entrante, primero, segundo solamente
 Recuerde matriz registrada con App Registro De recibos emitidos # _____
 Cuota de inscripción Fecha de pago _____

infantil Última Nombre _____, Primera _____ Medio _____

del niño Fecha de Nacimiento (Mes / día / año)

Sexo del niño

Masculino Hembra

¿Tiene el niño una discapacidad documentada que dura un año o más? Sí No

Fecha de inicio (Mes / día / año)

Escuela del Niño actual _____ grado acaba de terminar:

Miami-Dade Public School ID # Sin MDCPS ID Prefiero no dar

Otros Idioma (s) hablado en el hogar Español Haitiano criollo Otro _____ Ninguna

Dirección _____ **Código postal** _____

Raza del niño Hispano haitiano Otros (especificar _____)

Raza del niño Indio Americano o de Alaska asiático Americano negro o africano
 Islas del Pacífico Blanco Otra
 especificar _____

¿Tiene el niño Seguro de Salud (Ej., Seguro privado, KidCare, Medicaid)? Sí No

(Si no es así, es posible que podamos para ayudarle a encontrar cobertura asequible-llamar al 211 o visitar www.thechildrenstrust.org)

Es competente para niños en Inglés? Sí No

tamaño de las camisas del niño: Juventud Adulto S METRO L SG

cuidador principal del niño (nombre completo) _____

La información de los padres / tutores que aparece es considerado el contacto de emergencia. Madre Padre guardián

La atención primaria Número de teléfono

Es este un teléfono celular / móvil? Sí No

Atención primaria Email _____

(Usted puede ser contactado por la confianza del niños para preguntar sobre su satisfacción con estos servicios)

Es el participante de un niño de una familia de militares? Sí No

Un miembro de la familia del niño es o bien: 1) un miembro activo de los servicios uniformados; 2) un miembro de la Guardia Nacional o de las reservas; 3) un miembro o veterano que se lesionó gravemente y médicamente descargada o se retiró; o 4) un miembro muerto en el cumplimiento del deber.

Es el participante de un niño de un sistema de dependencia? Sí No

Es el participante de un niño de un sistema de delincuencia? Sí No

¿Tiene el niño una discapacidad documentada? Sí No En caso afirmativo, ¿tiene (marque lo que corresponda)

un Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP; si es menor de 3) un Plan de Sección 504

un Plan de Educación Individualizada (IEP) en el sistema escolar un diagnóstico médico de un médico

un diagnóstico de un certificado por el estado / profesional con licencia (por ej., psicólogo)

divulgación por parte del padre o tutor describir condición específica del niño y / o necesidad de alojamientos

Queremos llegar a conocer mejor a su hijo para que podamos ofrecer la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor decirnos más acerca de su hijo ...

¿Cuáles son las principales formas en que su hijo se comunica? (Marque todo lo que corresponda)

Habla y se entiende fácilmente

Habla, pero es difícil de entender

Utiliza el lenguaje de signos

Utiliza dispositivos de comunicación como imágenes o un tablero

Utiliza gestos como señalar, tirando o parpadeando

Utiliza sonidos que no son palabras como gruñidos

Lo que, en su caso, la ayuda no recibir a su hijo en este momento? (Marque todo lo que corresponda)

La terapia conductual o servicios

Asesoramiento para los problemas emocionales

medicación diaria (no incluyendo vitaminas)

La terapia ocupacional (OT)

La terapia física (PT)

servicios de educación especial en la escuela

SPeech terapia / idioma

Ninguna

¿Qué condiciones tiene su hijo que se espera que dure un año o más? (Marque todo lo que corresponda)

Desorden del espectro autista

Retraso en el desarrollo (sólo si es menor de 5 años de edad)

deterioro o sordos de audición

La discapacidad intelectual / desarrollo (mayor de 5 años)

Discapacidad de aprendizaje (en edad escolar)

condición médica o enfermedad

Problemas de agresividad o temperamento

Problemas de atención o hiperactividad (ADHD / ADD)

Los problemas con la depresión o la ansiedad

Habla o del lenguaje condición

La deficiencia visual o ciegos

Ninguna de las anteriores

discapacidad física o deterioro

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, por favor salte las dos preguntas siguientes y firme abajo. Si marcó cualquiera otra respuesta anterior, responda a las preguntas restantes y firme abajo.

¿Alguna de las condiciones marcadas por encima de hacer más difícil para su hijo a hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? Sí No



2019 Knowledge Builders Campamento de verano de registro

Para apoyar la participación exitosa de su hijo en este programa, en qué áreas podrían s / él necesita ayuda adicional? No hay ayuda específica que se necesita

- Holding un lápiz / lápiz, escribir, usar tijeras o otras tareas motoras finas
- Deportes o actividades físicas como correr o de otro tareas motoras gruesas
- Manejar los sentimientos y el comportamiento
- Las actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptando las actividades a tener en cuenta una deficiencia visual o auditiva
- El uso de dispositivo (s) de asistencia como una silla de ruedas, muletas, abrazadera o walker
- PAGersonales servicios como ayuda con la alimentación, ir al baño o cambiarse de ropa
- otro _____

Por favor nos dice otra cosa que creo que es importante para nosotros saber acerca de su hijo

Si usted está interesado en otros servicios financiados por el Fideicomiso de los Niños, por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org

¿Como supiste de nosotros? _____

PICK UP LIMITACIONES

(Padres Información del niño / Guardián que aparece en la primera página que se asumía aprobado para recoger a los niños a menos que se notifique lo contrario.)

Círculo "SÍ" al lado del nombre de la persona si se les permite recoger. Círculo "NO" si esa persona no está permitido para recoger.

Nombre SI / NO _____

Nombre SI / NO _____

Nombre SI / NO _____

Código Palabra: _____

ADICIONAL DE EMERGENCIA CONTACTO

Si Dador de atención primaria que aparece en la primera página no puede ser alcanzado, por favor considere alguien fuera de su hogar con información de contacto alternativo.

Nombre: _____

Teléfono móvil: _____

Nombre: _____

Teléfono móvil: _____

INFORMACIÓN MÉDICA (ESTE CAMPO NO PUEDE DEJARSE EN BLANCO)

POR NINGUNA Los problemas médicos, las condiciones crónicas o alergias escribir "NA"

Doctor: _____

Teléfono de la oficina: _____

Alergias (drogas, problemas médicos especiales y condiciones crónicas como la epilepsia, el asma, las necesidades dietéticas, picaduras de insectos, etc.): _____

Por sus iniciales abajo Yo, como padre o tutor legal, reconocer la siguiente información o políticas.

de Pago: En su caso, todas las tarifas son para el lunes de cada semana. **Pago no abonado a Lunes 18:00, no se les permitirá su hijo (s) para asistir a un campamento martes por la mañana.** Los honorarios no se prorratean por ausencias.

_____ películas G y PG-Rate como Space Jam, The Parent Trap, y 101 dálmatas en ocasiones se ofrecen. Si usted autoriza a su hijo (s) para ver películas PG, por favor indique sus iniciales.

_____ En caso de una emergencia médica, que _____ (padre o tutor legal) Por la presente autorizo Constructores conocimiento para buscar tratamiento médico de emergencia para mi hijo (a).

_____ Yo he recibido, leído y entendido todas las páginas del Manual de Verano 2019 original que contiene la Sección 402.3125 (5), FS requiere que los padres reciban una copia del folleto de instalación de cuidado infantil "Conoce su guardería" (CF / PI 175-2) Sección folleto y 65C-22.006 (3) (c) 2 , . FAC, requiere que los padres son notificados por escrito de las prácticas disciplinarias utilizadas por el centro de cuidado infantil.

_____ virus de la gripe, la gripe, Una guía para los padres: Durante la sesión legislativa de 2009, se aprobó una nueva ley que obliga a las guarderías, hogares de cuidado infantil familiar y grandes hogares de cuidado infantil ofrecen a los padres la información que detalla las causas, los síntomas, y la transmisión del virus de la influenza (gripe) cada año durante agosto y septiembre. Mi firma a continuación verifica la recepción del folleto sobre el virus de la influenza, la gripe, Una guía para padres situados en el 2019 Manual para Padres de verano.

_____ Política de confidencialidad del cliente: El personal que hasta el límite de su capacidad; garantizar la confidencialidad y la privacidad con respecto a la historia, los registros y las discusiones acerca de las personas que atendemos. El hecho de que un individuo se sirve por Knowledge Constructores de Florida, Inc. debe ser privada y confidencial; divulgación puede hacerse sólo bajo determinadas condiciones, que se describen más en detallados descritos en el Manual de Verano 2019 Parent. Esto significa que el personal no revelará ninguna información acerca de una persona, incluyendo el hecho de que la persona es o no es servido por nuestra organización, a nadie fuera de esta organización menos que sea autorizado por el cliente o la persona designada por el cliente. El principio de confidencialidad debe mantenerse en todos los programas, departamentos, funciones y actividades. Las siguientes directrices de política son obligatorios.

_____ RENUNCIA Y LIBERACIÓN MÉDICA ACUERDO: Yo, _____ (padre o tutor legal) presente relevo de conocimiento Constructores de Florida, Inc., sus empleados, sucesores, agentes, abogados, y todas las demás personas, corporaciones o compañías de seguros responsable o al que podía ser reclamado a responsables, de cualquier reclamación, demanda, heridos o daños, como resultado de cualquier accidente que pueda ocurrir como resultado de mi hijo (a) en el programa.

_____ YO, _____ (padre o tutor legal) Por la presente autorizo y dar su consentimiento para el personal de la confianza de los Niños de Miami-Dade y Constructores de Conocimiento de la Florida, Inc. **consentir y autorizar** o **no consentir y autorizar** tomar / utilización fotografías fijas digitales, fotografías, películas, transmisiones de televisión y / o grabaciones en vídeo (en adelante "Grabaciones") de mí, de mis hijos o mis salas de enseñanza, investigación documental y propósitos de relaciones públicas. Cualquiera de estas grabaciones pueden revelar su identidad a través de la imagen en sí misma sin compensación alguna para usted, sus hijos o pupilos. Cualquiera y todas las grabaciones tomadas de usted, sus hijos o pupilos serán propiedad exclusiva de los Niños confianza y el conocimiento Constructores de Florida, Inc. En relación con el uso de cualquier grabación tomada de usted, sus hijos o pupilos, usted renuncia a cualquier y todas las demandas presentes y futuras que puedan tener en contra Fideicomiso de los Niños del Condado de Miami-Dade, su personal, proveedores de servicios, empleados, agentes, afiliados, miembros de la Junta y conocimiento Constructores de Florida, Inc.

He leído y entendido completamente el contenido de esta solicitud. He completado la aplicación a lo mejor de mi conocimiento y habilidad. Yo entiendo que si cualquier información aparece en esta solicitud cambia, notificaré Constructores de Conocimiento de inmediato. El niño mencionado anteriormente tiene / tienen mi permiso para participar en las actividades, viajes y eventos patrocinados por Knowledge Constructores. En caso de una emergencia a una persona suplente será llamado si el padre (s) no puede ser alcanzado por teléfono. El que suscribe, individualmente y como padre o tutor del participante, por la presente autorizo Conocimiento Constructores de Florida, Inc. para llevar a cabo las medidas que se consideren necesarias deberían producirse como de emergencia, incluyendo a expensas del tratamiento médico que suscribe, apropiado para el participante, y decide las emisiones Constructores de conocimiento, sus empleados y agentes,

Su firma indica que he recibido los siguientes elementos y que la información en esta solicitud se completa y exacta.



2019 Knowledge Builders Campamento de verano de registro

Doy mi permiso para que esta información se presentará al Fideicomiso de los Niños con fines de calidad y evaluación de programas. La confianza de los Niños provee fondos para el programa.

Padre o tutor Firma

Fecha

***Si usted está interesado en otros servicios financiados por el Fideicomiso de los Niños,
por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org***

**PERMISO PARA ACTIVIDADES DE ALIMENTOS Y RELACIONADOS ESPECIAL MOTIVO FORMA
CONSUMO DE ALIMENTOS**

De conformidad con 65C-22.005 (1) (c) 2., FAC, niños con licenciados de atención deben obtener permiso escrito de los padres / tutores sobre la participación de un niño en actividades relacionadas con los alimentos. Estas actividades incluyen cosas tales como: proyectos de grupo de cocina, jardinería, celebraciones amplio programa y cumpleaños.

yo _____ dar permiso para mi niño
(Tutor)

(El nombre del niño)

para participar en actividades relacionadas con los alimentos y las ocasiones especiales en donde se consumen alimentos.

Por favor provea la siguiente información:

- Mi niño **HACENO** tener una alergia alimentaria o la restricción dietética. Él o ella puede participar en las actividades.
- Mi niño **HACENO** tener una alergia alimentaria o la restricción dietética. Él o ella **podría no** participar en las actividades.
- Mi niño **HACE** tener una alergia alimentaria o la restricción dietética. Él o ella **podría no** participar en las actividades.
- Mi niño **HACE** tener una alergia a los alimentos y / o restricción dietética. Él o ella puede participar en las actividades, pero no comer o manipular los elementos siguientes. (Por favor indicar a continuación):

Yo entiendo que es mi responsabilidad de actualizar esta forma en el caso de que mi decisión de autorización cambia. Estoy de acuerdo en que esta forma se mantendrá en vigor durante el plazo de inscripción de mi hijo.

(Tutor)

(Fecha)

formulario de reconocimiento

- Sección 402.3125 (5), FS, requiere que los padres reciban una copia del folleto de instalación de cuidado infantil "Conoce su guardería" (CF / PI 175-24)
- Sección 65C-22.006 (3) (c) del FAC, requiere que los padres son notificados por escrito de la práctica disciplinaria utilizado por instalación de cuidado infantil.
- Durante la sesión legislativa de 2009, una ley fue aprobada de nuevo que requiere instalaciones de cuidado infantil, hogares de cuidado de la familia y hogares de cuidado infantil familiar a los padres información que detalla las causas, los síntomas, y la transmisión del virus de la influenza (gripe) cada año durante agosto y septiembre.

Su firma indica que ha recibido los elementos anteriores y que la información en el formulario de inscripción se ha completado.

(Tutor)

(Fecha)