



Acuerdo de inscripción

Es necesario completar este acuerdo para poder inscribirse. Este formulario nos permitirá comprender mejor a su hijo y cubrir sus necesidades. Mucha de la información solicitada es necesaria para cumplir con regulaciones estatales sobre licencias para el cuidado infantil.

Información de inscripción						
Child's Enrollment Date:			Fecha de nacimiento:			
Nombre del niño		Segundo nombre del niño		Apellido del niño		Apodo del niño
Edad	Género	Idioma materno del niño		Idioma materno del padre/madre/tutor/patrocinador		
Domicilio del niño			Ciudad	Estado	Código postal	
Información de la familia						
Mencione los familiares y las mascotas que viven con el niño; incluya los nombres, su relación y las edades en el caso de los hermanos						
Padre/madre/tutor/patrocinador		Relación con el niño		Teléfono		Celular
Domicilio			Ciudad	Estado	Código postal	
Correo electrónico particular			Correo electrónico laboral		Teléfono laboral	
Empleador	Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código postal	Horario laboral
Otro padre/madre/tutor/patrocinador		Relación con el niño		Teléfono		Celular
Domicilio			Ciudad	Estado	Código postal	
Correo electrónico particular			Correo electrónico laboral		Teléfono laboral	
Empleador	Dirección del empleador		Ciudad	Estado	Código postal	Horario laboral
Información de contacto de emergencia y recogida del niño (no incluir padre/madre/tutores/patrocinadores)						
Notifique al centro si un contacto de emergencia recogerá al niño un día determinado. [Por la seguridad de su hijo, solicitamos que todas las personas autorizadas para recogerlo que el personal no conozca lleven una identificación con fotografía cuando vayan a buscar al niño.]						
Persona n.º 1		Relación con el niño		Teléfono		Celular
Domicilio particular			Ciudad	Estado	Código postal	
Persona n.º 2		Relación con el niño		Teléfono		Celular
Domicilio particular			Ciudad	Estado	Código postal	
Persona n.º 3		Relación con el niño		Teléfono		Celular
Domicilio particular			Ciudad	Estado	Código postal	

Contactaremos a las personas designadas en esta sección si no podemos contactarlo a usted ante un evento médico u otra emergencia. Nuestro personal solo le entregará el niño a usted o a una de las personas mencionadas anteriormente. Si quiere que una persona no identificada anteriormente pueda recoger a su hijo, debe notificar anticipadamente al personal por escrito. No permitiremos que retiren a su hijo sin una autorización previa.

Firma del padre/madre/tutor/patrocinador _____ Fecha _____ Iniciales del empleado _____

Revisión de 6 meses de toda

la información y acuerdos de tarifas
 Firma del padre/madre/tutor/patrocinador _____ Fecha _____ Iniciales del empleado _____

Información médica			
Nombre del niño		Fecha de nacimiento	
Proveedor de atención médica del niño			
Nombre del médico de cabecera	Nombre del consultorio del médico de cabecera		Teléfono
Dirección del consultorio del médico		Ciudad	Estado
Hospital/clínica de su preferencia para atención de emergencia		Ciudad	Estado
Nombre del dentista	Nombre del consultorio del dentista		Teléfono
Dirección del consultorio del dentista		Ciudad	Estado
Proveedor de seguro del niño			
Nombre del proveedor de seguro de salud del niño	Número de póliza	Nombre del proveedor de seguro de salud secundario del niño	Número de póliza
Otras políticas médicas			
<p>1. Antes de la inscripción, debo brindarle al centro información médica y de inmunizaciones actualizada del niño. Esta información se debe mantener actualizada, de acuerdo con las regulaciones estatales para el cuidado de niños.</p> <p>2. Acepto proporcionar información al centro de cuidados infantiles sobre las afecciones, enfermedades, alergias u otras necesidades de mi hijo.</p> <p>3. Si mi hijo contrae una enfermedad contagiosa de comunicación obligatoria, entiendo que no podrá volver hasta que traiga una nota médica indicando que ya no contagia.</p> <p>4. Si mi hijo se enferma durante el tiempo que pasa en el centro de cuidados infantiles, el personal me contactará para que vaya a recogerlo. Haré los arreglos para recogerlo lo antes posible y dentro de las 2 horas siguientes a que me llamen. Si no me pueden localizar, el personal se comunicará con las personas de la lista de <i>Contactos de emergencia y de recogida del niño</i>.</p>			<p style="text-align: right;">Iniciales</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Autorización y consentimiento ante una emergencia médica			
<p>En el caso de una emergencia médica, el personal tratará de contactarme, contactar a las personas de la lista <i>Contactos de emergencia y de retirada del niño</i> y, por último, a mi médico.</p> <p>En caso de una emergencia médica, acepto que mi hijo reciba primeros auxilios y/o RCP.</p> <p>En caso de una emergencia médica, permito que, de ser necesario, paramédicos u otro personal de emergencia trasladen a mi hijo a un hospital local u otro establecimiento de emergencias.</p> <p>En caso de una emergencia médica, seré responsable por los gastos médicos de emergencia.</p> <p>En caso de ingesta accidental de una sustancia tóxica, consiento que mi hijo sea tratado según lo indicado por el Centro de control de intoxicaciones.</p> <p>En caso de emergencia, doy mi consentimiento para que mi hijo sea transportado por un vehículo de las instalaciones de WCADCC.</p>			<p style="text-align: right;">Iniciales</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Autorizo a este centro a aplicarle a mi niño <input type="checkbox"/> pantalla solar y <input type="checkbox"/> repelente para insectos.			
<p><i>Marque qué producto proporcionará y complete el Formulario de permiso para productos tópicos de venta libre (OTC).</i></p> <p>Entiendo que debo suministrar mi propia pantalla solar y/o repelente para insectos con fecha de vencimiento válida y que deben estar rotulados con el nombre de mi hijo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo instrucciones especiales para el proceso de aplicación.</p> <p><input type="checkbox"/> no tengo instrucciones especiales para el proceso de aplicación.</p>			<p style="text-align: right;">Iniciales</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Información médica (continuación)

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Estatura	Peso	Color de cabello	Color de ojos
Marcas distintivas					
Historia médica y del desarrollo del niño					
1. ¿Tiene su hijo alguna afección médica especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explique _____					
2. ¿Tiene su hijo alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explique _____					
3. Proporcione una historia breve de las lesiones graves y las hospitalizaciones del niño. _____					
4. ¿El niño tiene diabetes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si responde sí, adjunte las instrucciones de tratamiento del médico.</i>					
5. ¿El niño tiene asma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si responde sí, adjunte las instrucciones de tratamiento del médico.</i>					
6. ¿Se deben administrar medicamentos con regularidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>Si responde sí, adjunte las instrucciones de tratamiento del médico.</i>					
7. ¿Tiene su hijo alguna necesidad dietaria especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explique _____					
8. ¿Puede su hijo participar enteramente en todas las actividades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique _____					
9. ¿Tiene su hijo alguna limitación física? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explique _____					
10. ¿Funciona su hijo al nivel de los otros niños de su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique _____					
11. ¿Su hijo puede caminar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____					
12. ¿Puede su hijo comunicar sus necesidades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____					
13. ¿Necesita su hijo ayuda durante las comidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explique _____					
14. ¿Descansa su hijo durante el día? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____					
15. ¿Su hijo sabe usar el baño sin ayuda? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____					
16. ¿Usa su hijo algún equipamiento especial, como respirador, silla de ruedas, audífonos, ortodoncia, anteojos, etc.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explique _____					
17. ¿Requiere su hijo atención/supervisión individual regularmente por un período de tiempo significativo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explique _____					
18. ¿Requiere su hijo instalaciones específicas o modificaciones de algún tipo para participar y disfrutar totalmente y de un modo igualitario en una actividad grupal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explique _____					
Antecedentes médicos (marque todas las que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Problemas visuales		<input type="checkbox"/> Sangrado nasal		<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Problemas auditivos		<input type="checkbox"/> Sarpullidos		<input type="checkbox"/> Llagas en la boca	
<input type="checkbox"/> Estreñimiento		<input type="checkbox"/> Dolor de garganta		<input type="checkbox"/> Desmayos	
<input type="checkbox"/> Diarrea		<input type="checkbox"/> Infecciones de oído		<input type="checkbox"/> Tos persistente	
<input type="checkbox"/> Asma/problemas respiratorios		<input type="checkbox"/> Infecciones urinarias		<input type="checkbox"/> Otros	
Adjunte las instrucciones de tratamiento de su médico para cualquiera de estas enfermedades.					
Enfermedades previas (marque todas las que correspondan y agregue la fecha)					
<input type="checkbox"/> Varicela _____	<input type="checkbox"/> Bronquiolitis _____	<input type="checkbox"/> Botulismo _____			
<input type="checkbox"/> Sarampión _____	<input type="checkbox"/> Neumonía _____	<input type="checkbox"/> Haemophilus Influenza _____			
<input type="checkbox"/> Rubeola _____	<input type="checkbox"/> Tos ferina _____	<input type="checkbox"/> Infecciones meningocóccicas _____			
<input type="checkbox"/> Paperas _____	<input type="checkbox"/> Tétano _____	<input type="checkbox"/> Rabia _____			
<input type="checkbox"/> Escarlatina _____	<input type="checkbox"/> Difteria _____	<input type="checkbox"/> Meningitis bacteriana _____			
Alergias (especifique)					
Alergias a medicamentos	Reacción _____	Alergias alimentarias	Reacción _____		
Alergia a la picadura de abeja	Reacción _____	Alergias respiratorias	Reacción _____		
Otras alergias	Reacción _____	¿Alguna de estas alergias puede ser riesgosa para la vida?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Adjunte las instrucciones de tratamiento de su médico para cualquier alergia riesgosa para la vida.					
Evaluaciones y pruebas variadas (marque todas las que correspondan y agregue la fecha de la última evaluación)					
<input type="checkbox"/> Visión _____	<input type="checkbox"/> Desarrollo _____	<input type="checkbox"/> Tuberculosis (PPD) _____			
<input type="checkbox"/> Audición _____	<input type="checkbox"/> Aptitud _____	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme _____			
<input type="checkbox"/> Habla _____	<input type="checkbox"/> Educativa _____	<input type="checkbox"/> Otra _____			

A mi leal saber y entender, la información proporcionada anteriormente es correcta.

Iniciales del padre/madre _____ Fecha _____

Iniciales del empleado _____

Otros acuerdos	
Nombre del niño	Fecha de nacimiento
Excursiones a pie	
Autorizo a que mi hijo participe en excursiones a pie cerca y alrededor del centro.	
	Iniciales _____
Divulgación en los medios	
aprobación para publicar fotos	
Algunas veces se tomarán fotos de los niños en el centro para usarlas dentro del centro o en nuestro sitio web o boletines informativos. Indique que autoriza el uso y la reproducción de fotografías de su hijo junto con el programa.	
	Iniciales _____
negativa a publicar	
No deseo que las fotos de mi hijo se publiquen, publiquen, compartan, usen o reproduzcan públicamente en ningún periódico o sitio web junto con el programa WCADCC	
	Iniciales _____
Acuse de recibo del manual	
Entiendo que es mi responsabilidad leer y familiarizarme con las políticas y los procedimientos descritos en el manual para la familia y acepto atenerme a ellos.	
	Iniciales _____
Entiendo que es mi responsabilidad dirigirme directamente a la gerencia ante cualquier pregunta que pueda tener en relación con las políticas y los procedimientos y la información contenida en este acuerdo de inscripción.	

La información contenida en el manual para la familia puede estar sujeta a cambios.	

Acepto mantener actualizada toda la información de contacto, incluidos los contactos de emergencia.	

Aprobación del contrato	
Certifico que he leído y entendido, y que acepto todos los términos y las condiciones que se describen en este <i>acuerdo de inscripción</i> .	
Firma del padre/madre/tutor/patrocinador	Fecha
Firma del empleado del centro	Fecha

Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y el Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), los reglamentos y políticas de derechos civiles, el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de quejas de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcionar en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

- 1) Correo: Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410;
- 2) Fax: (202) 690-7442; o
- 3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Información de contacto: www.wcadaycare.org 610-696-8447 wcadcc@gmail.com 610-696-0461 (fax)

Nuestra declaración de misión:

☞ El Centro de Cuidado Diurno del Área de West Chester es un programa de cuidado infantil sin fines de lucro que brinda un programa educativo de calidad para la primera infancia que promueve el desarrollo emocional, social, intelectual y físico de los niños en un entorno seguro y enriquecedor. Ofrecemos a todos los padres cuidado infantil asequible con especial énfasis en aquellos con mayor necesidad económica.

☞ WCADCC es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Acuerdo de tarifas y contrato

Nombre del niño	Fecha de nacimiento
-----------------	---------------------

Horas de funcionamiento

El horario de funcionamiento habitual es **Lunes a Viernes de 6:30 AM a 5:30 PM** excepto los cierres por feriados o inclemencias climáticas que se describen en el manual para la familia. Consulte el calendario actual para ver los feriados. No hay reducción de la cuota debido a los cierres del centro. **TODOS LOS NIÑOS DEBEN LLEGAR A LAS 9:00 AM A MENOS QUE TENGAN UNA CITA CON EL MÉDICO** y tengamos un aviso previo.

- El procedimiento para notificar a las familias en caso de fenómenos meteorológicos u otras situaciones que impidan que el programa se abra a tiempo, o que no se abra, se anunciará en las estaciones de televisión locales y en nuestro sitio web wccadaycare.org Si es necesario cerrar temprano, nos pondremos en contacto con usted o con alguien que figura en el contacto de emergencia y liberación, y será su responsabilidad organizar la recogida temprana de su hijo y se aplicarán cargos por retraso.
- Todas las comidas se proporcionan sin cargo adicional e incluyen desayuno, almuerzo, merienda, fórmula infantil y cereal.
- Las observaciones se completarán durante todo el año, así como las evaluaciones completas utilizando la escala de onzas, el muestreo de trabajo y las edades y etapas con conferencias familiares ofrecidas como mínimo tres veces al año.

Asistencia programada

Los días y horas que deseo contratar para el cuidado de mi hijo son los siguientes:

Día de la semana	Hora de entrada	A. M. / P. M.	Hora de salida	A. M. /P. M.	Comentarios
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					

Se puede proporcionar cuidado antes/después de la escuela, cierres programados de la escuela, días festivos, salidas tempranas y cuidado completo durante el verano para niños desde el jardín de infantes hasta los 12 años.

Política de honorarios (padre/tutor/patrocinador debe revisar y escribir sus iniciales en cada línea)

- A partir del _____ se pagará una cuota de \$ _____ se paga semanalmente.	Iniciales
- La matrícula vence y es pagadera el primer día hábil de la semana.	
- La matrícula no está sujeta a descuentos por feriados, cierres de emergencia (por ejemplo, por cuestiones climáticas o pandemia) o inasistencias, a menos que sean por hospitalizaciones, enfermedades contagiosas o inasistencia por orden médica (siempre y cuando se presente el certificado médico para recibir el crédito) .	
- Acepto pagar la matrícula completa, aunque mi hijo se ausente por uno o más días.	
- Se cobrará una multa de \$10 si la matrícula no se paga en fecha.	
- Hay un honorario anual no reembolsable de \$25 se debe pagar anualmente.	
- Se deberá pagar un monto por demora de \$1.00 por minuto por niño si no se recoge por cierre.	
- Si se acumulan dos semanas de atraso en los pagos puede cancelarse inmediatamente el servicio.	
- Es posible que mi hijo tenga la oportunidad de participar en un programa especial o excursión que tenga un honorario adicional pagadero antes del día del evento. Puede ser necesario completar una autorización específica.	
- Todos los cheques devueltos o los débitos automáticos rechazados tendrán un cargo de \$25.00. Dos o más cheques devueltos o débitos automáticos rechazados resultarán en el paso de la condición de mi cuenta a «solo efectivo».	
- Los depósitos iniciales siempre deben ser iguales a su tarifa semanal o copago y se aplicarán a su última semana de atención.	
- Se suministrará un recibo con fines impositivos.	

Reconocimiento de empleo privado y exención de responsabilidad institucional

Cualquier arreglo/empleo entre el personal de este centro y yo (por ejemplo, servicios de niñera), fuera de los programas y los servicios ofrecidos por el centro, es un emprendimiento individual y un asunto privado no relacionado con, ni sancionado por, este centro. El centro permanecerá ajeno a tal arreglo.	Iniciales

Formulario de inscripción complementario para el cuidado de niños en edad escolar

Es necesario completar este acuerdo para inscribir al niño. Este formulario nos permitirá comprender mejor a su hijo y cubrir sus necesidades. Mucha de la información solicitada es necesaria para cumplir con regulaciones estatales sobre licencias para el cuidado infantil.

Información de inscripción				
Fecha de inscripción del niño:			Fecha de nacimiento:	
Nombre del niño		Segundo nombre del niño		Apellido del niño
Apodo del niño				
Edad	Género	Idioma materno del niño		Idioma materno del padre/madre/tutor/patrocinador
Domicilio del niño			Ciudad	Estado
Código postal				
¿Su hijo asiste a la escuela?		Nombre de la escuela		Grado
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Teléfono de la escuela
Domicilio de la escuela			Horario de llegada	Horario de recogida
El niño asistirá a: <input type="checkbox"/> Cuidados por la mañana <input type="checkbox"/> Cuidados por la tarde <input type="checkbox"/> Salidas Tempranas <input type="checkbox"/> Días libres (en servicio, vacaciones, etc.)				
Mi hijo tiene permitido caminar: <input type="checkbox"/> A la escuela desde la guardería de WCADCC <input type="checkbox"/> Desde la escuela a la guardería a WCADCC				
*Nota: WCADCC no se responsabiliza por el niño hasta que llega al programa o después de que haya salido del programa en la caminata desde/hasta la escuela.				
Tareas para el hogar				
<input type="checkbox"/> Sí, me gustaría que mi hijo COMENZARA a trabajar en casa y entiendo que es posible que no esté terminado para cuando recojan a mi hijo.				
<input type="checkbox"/> No, quiero que mi hijo haga cualquier tarea				

Información sobre actividades después de clases

Complete la siguiente información para darnos detalles sobre las actividades en las que participa el niño después de clases. Complete un formulario separado de transporte y actividad para cada actividad después de clases.

Transporte y actividad después de clases				
Mi hijo va a la escuela en:		Mi hijo se va de la escuela en:		N.º de autobús:
Los padres son responsables de informar por escrito al centro de cuidados infantiles si los niños participarán en una actividad después de clases.				
El niño participa en las siguientes actividades después de clases (mencione todas):				
Tipo de actividad:				
Días de la semana que el niño asistirá a actividades (marque con un círculo los que correspondan): L M Mi J V				
Período de la actividad:	Día:	Día:	Día:	Día:
Hora de entrada:	Hora de entrada:	Hora de entrada:	Hora de entrada:	Hora de entrada:
Hora de salida:	Hora de salida:	Hora de salida:	Hora de salida:	Hora de salida:
Nombre de la persona autorizada a llevarlo/recogerlo para la actividad extracurricular:				

La seguridad de su hijo es lo más importante para nosotros. **WCADCC** no permitirá que los niños se retiren del programa sin la información anterior presentada **por escrito**.

Firma del padre/madre/tutor/patrocinador

Fecha

Firma del administrador de WCADCC

Fecha

WCADCC Acuerdo de autobuses escolares

Entiendo que mi hijo _____ puede ser recogido y dejado en una parada de autobús que no sea directamente frente al Centro de Cuidado Diurno del Área de West Chester (WCADCC).

WCADCC hará todo lo posible para proporcionar una escolta hacia y desde las paradas de autobús siempre que sea posible, pero debido a los horarios fluctuantes de los autobuses, es posible que no siempre podamos cumplir con el autobús. Es posible que su hijo necesite caminar a WCADCC de forma independiente.

Al firmar a continuación, mi hijo y yo acordamos y entendemos que asumimos los riesgos inherentes a la ruta del autobús escolar, y con pleno conocimiento de los riesgos, acordamos liberar y eximir de responsabilidad al Centro de Cuidado Diurno del Área de West Chester y sus empleados y representantes, de reclamos que surjan o estén relacionados con el viaje de mi hijo entre el Centro y el autobús escolar. También entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a WCADCC el número de autobús, la ubicación de la parada y los horarios de recogida / salida. Esta información se le envía directamente desde el distrito escolar. WCADCC no está involucrado en ningún aspecto del transporte escolar y no tiene influencia ni voz en las rutas o paradas de autobús.

Además, entiendo que en el caso de que un autobús llegue después de las 5:30 pm, soy el único responsable de recibirlos en la parada de autobús, ya que el Centro estará cerrado.

Asegúrese de que su hijo tenga un atuendo adecuado para el clima para el exterior (chaqueta para la lluvia, botas, etc.)

Si su hijo no asiste a la atención por la mañana o por la tarde, se requiere que llame y nos lo haga saber. Todas las familias deben inscribir y salir a su hijo todos los días.

Nombre impreso de los padres

Firma de los padres

Fecha