

West Chester Area Day Care Center
ENROLLMENT CONTRACT & AGREEMENT TO SERVICES

Name(s) of enrolled child(ren) _____

Please **INITIAL** each item!! We want to be sure you **understand and agree** to the policies and services we provide.

_____ I have received a copy of the **West Chester Area Day Care Center** Family Handbook. I have **read, understand and agree** to follow all of these policies. I further understand that if the policies outlined in the handbook are not followed by my family, it would be sufficient cause for the removal of my child/children from the WCADCC's program.

_____ I/we understand daycare payment is due every Monday or the first business day of the week **BEFORE** care is given, and my/our children may be excluded for non-payment of fees.

_____ I/we understand my child's daycare fees: Registration fee is \$25 and due at enrollment then annually every September; Initial deposit is one week's fee of \$ _____ and gets applied to my last week of care should I give two weeks' notice of disenrollment; and my weekly fee of \$ _____ and the return check fee is \$25.

_____ I also agree to give a minimum of two weeks written notice (ten full daycare days) of my intent to withdraw my child/children from **WCDACC** and my Initial Deposit will be applied to that last week of care. If two weeks notice is not given, I agree to make full payment for those two weeks and will forfeit my initial deposit.

_____ I/we understand, as an ELRC Client, if my co-pay increases so will my initial deposit and I am permitted up to 40 absences total and my child/ren cannot be absent more than 5 consecutive days. My ELRC Caseworker is _____ and my County Record # is _____ - _____

_____ I/we understand that there are **NO** vacation or sick credits. Payment is based on enrollment **NOT** attendance.

_____ I/we understand we pay for **ONE** emergency closure and for all scheduled closed Holidays.

_____ I/we understand the center opens at 6:30AM and that my child/children need to arrive by 9:00 AM.

*****Breakfast will not be saved for any reason after 9:00AM*****

_____ I/we understand WCADCC closes at 5:30 PM and if my child is picked up after 5:30 PM the **LATE FEE** of \$1.00 per minute will be charged and needs to be paid in cash at the time of pickup or my child will not be allowed in care until paid.

_____ I/we understand that I/we must provide a completed Health Assessment (physical) **AND** immunization (shots) records signed by a physician to the daycare within 60 days of enrollment and from every well visit for babies and children under the age of 2 and annually for ages 2 and up.

_____ I/we understand the Meal and Allergy policies and that any food substitutions must be signed off by a physician and "OUTSIDE" food (foods from home, fast food, etc) is **NOT allowed** in the center.

_____ I/we understand that "OUTSIDE" toys are **NOT allowed** in the center.

_____ I/we understand the Illness Policy (for example, a child must be out for 24 hours fever free, without being given any medications, if temp is 102 or higher) and the Medication Policy (medication cannot be given without a physician's note and I must complete a medicine chart for my child's/children's classroom)

_____ I/we understand the Behavior Policy and I/we have read and shared the expectations with my/our child/children. We focus on Good Choices!

_____ **Print Parent's Name**

_____ **Parent's Signature**

_____ **Date**

Reviewed with Parent by WCADCC STAFF _____ **Date** _____

West Chester Area Day Care Center
CONTRATO DE INSCRIPCIÓN Y ACUERDO DE SERVICIOS

Nombre(s) del niño(s) matriculado _____

¡Por favor, **INICIAL** cada artículo! Queremos asegurarnos de que **comprende y acepta** las políticas y los servicios que brindamos.

_____ He recibido una copia del Manual familiar del **Centro de Cuidado Diurno del Área de West Chester**. He **leído, entiendo y acepto** seguir todas estas políticas. Además, entiendo que, si mi familia no sigue las políticas descritas en el manual, sería causa suficiente para la eliminación de mi hijo / hijos del programa de WCADCC.

_____ Yo/nosotros entendemos que el pago de la guardería vence todos los lunes o el primer día hábil de la semana **ANTES** de que se brinde el cuidado, y mis / nuestros hijos pueden ser excluidos por falta de pago de tarifas.

_____ Yo/nosotros entendemos las tarifas de guardería de mi hijo: la tarifa de Registración es de \$ 25 y se debe pagar al momento de la inscripción anualmente cada septiembre; El depósito inicial es la tarifa de una semana de \$ _____ y se aplica a mi última semana de atención si doy un aviso de cancelación de inscripción con dos semanas de anticipación; y mi tarifa semanal de \$ _____ y la tarifa del cheque de devolución es de \$25.

_____ También acepto dar un mínimo de dos semanas de aviso por escrito (diez días completos de guardería) de mi intención de retirar a mi hijo/hijos de **WCDACC** y mi depósito inicial se aplicará a esa última semana de cuidado. Si no se da un aviso de dos semanas, acepto hacer el pago completo de esas dos semanas y perderé mi depósito inicial.

_____ Yo/nosotros entendemos, como Cliente de ELRC, si mi copago aumenta, también lo hará mi depósito inicial y se me permiten hasta 40 ausencias en total y mi hijo/hijos no puede estar ausente más de 5 días consecutivos. Mi trabajador social de ELRC es _____ y mi registro del condado # es _____ - _____

_____ Yo/nosotros entendemos que **NO** hay vacaciones ni créditos por enfermedad. El pago se basa en la inscripción **NO** en la asistencia.

_____ Yo/nosotros entendemos que pagamos por **UN** cierre de emergencia y por todos los días festivos cerrados programados.

_____ Yo/nosotros entendemos que el centro abre a las 6:30 AM y que mi hijo / hijos deben llegar antes de las 9 AM.
***** El desayuno no se guardará por ningún motivo después de las 9:00 AM *****

_____ Yo/nosotros entendemos que WCADCC cierra a las 5:30 PM y si mi hijo es recogido después de las 5:30 PM el **CARGO POR RETRASO** de \$1. 00 por minuto se cobrará y debe pagarse en efectivo en el momento de la recogida o mi hijo no podrá recibir cuidado hasta que se pague.

_____ Yo/nosotros entendemos que yo/nosotros debemos proporcionar una evaluación de salud completa (física) Y registros de vacunación (vacunas) firmados por un médico a la guardería dentro de los 60 días posteriores a la inscripción y de cada visita de bienestar para bebés y niños menores de 2 años y anualmente para mayores de 2 años.

_____ Entiendo las políticas de Comida y Agricultura y que cualquier sustitución de alimentos debe ser firmada por un médico y la comida "EXTERNA" (alimentos de casa, comida rápida, etc.) **NO** está permitida en el centro.

_____ Yo/nosotros entendemos que los juguetes "FUERA" **NO están permitidos** en el centro.

_____ Entiendo la Política de Enfermedad (por ejemplo, un niño debe estar fuera durante 24 horas sin recibir ningún medicamento, si la temperatura es de 102 o más) y la Política de Medicación (la medicación no se puede administrar sin una nota del médico y debo completar una tabla de medicamentos para el aula de mi hijo/niños).

_____ Yo/nosotros entendemos la Política de comportamiento y yo/nosotros hemos leer y compartido las expectativas con mi/nuestro hijo/hijos. ¡Nos enfocamos en las buenas opciones!

_____ **Escribe el nombre del padre**

_____ **Firma del padre**

_____ **Fecha**

Reviewed with Parent by WCADCC STAFF _____

Date _____