



COMMUNITY FOR LEARNING

**PAQUETE DE REGISTRACIÓN
PROYECTO SEAL**

Antes Solamente
 Después Solamente

Antes y Después de Escuela
 Programa de Verano

Nombre de Estudiante _____

Apellido _____ Nombre _____ In _____ Apodo _____

Sexo _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Grado _____ Escuela _____

Nombre de Madre o Tutor Legal _____

Dirección de Casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de Casa (____)____ - _____ Número de Trabajo (____)____ - _____ Numero de Celular (____)____ - _____

Empleador _____

Correo Electrónico _____

¿Autorizada para recoger estudiante? Sí No

Nombre de Padre o Tutor Legal _____ Dirección de Correo (si, es diferente) _____

Numero de Casa (____)____ - _____ Número de Trabajo (____)____ - _____ Numero de Celular (____)____ - _____

Empleador _____

Correo Electrónico _____

¿Autorizado para recoger estudiante? Sí No

Estudiante vive con: Ambos Padres Madre Solamente Padre Solamente Guardian Otro: _____

¿Como llegara su hijo/a a casa del programa? Recogido

IMPORTANTE – Por favor nombre dos familiares y/o amigos que están autorizados para actuar en su nombre en caso de que no pueda ser contactado.

1. Nombre _____ Relación _____ Dirección _____

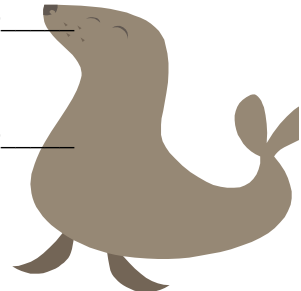
Número de Casa (____)____ - _____ Número de Trabajo(____)____ - _____ Otro Número (____)____ - _____

¿Autorizado para recoger estudiante del Programa CFL? Sí No

2. Nombre _____ Relación _____ Dirección _____

Número de Casa (____)____ - _____ Número de Trabajo(____)____ - _____ Otro Número (____)____ - _____

¿Autorizado para recoger estudiante del Progrma CFL? Sí No



INFORMACION MEDICA

Nombre de Doctor _____ Dirección _____ Teléfono (____)____ - _____

Hospital Preferido _____ Localización _____

Aseguradora _____ Numero de Póliza _____

Inicie lo Siguiente: ¡LEA CUIDADOSAMENTE!

_____ Yo autorizo a los empleados de CFL a transportar mi hijo/a al doctor mencionado o al lugar indicado para recibir tratamiento médico en caso de emergencia en la cual ningún padre o tutor pueda ser contactado.

_____ Yo asumo entera responsabilidad por cualquiera atención médica o tratamiento proporcionado.

_____ Yo autorizo CFL que obtenga resultados e información de exámenes realizados por maestros o administradores a mi hijo/a.

_____ Yo autorizo cualquier doctor licenciado o centro de tratamiento médico que trate mi hijo/a en caso de emergencia y en caso de que el doctor de mi preferencia no se pueda contactar.

_____ Yo certifico que he recibido una copia del manual de padres, entiendo y acepto seguir las pólizas de CFL como escrito en el Manual de Padres.



COMMUNITY FOR LEARNING

Acuerdo de Inscripción Estudiantil Community For Learning Información del Estudiante

Nombre de Estudiante _____ Escuela _____

Fecha de Inicio del Estudiante _____ Fecha de Salida del Estudiante _____

CUOTA DE INSCRIPCION

_____ Mi hijo/a está en el programa de antes de escuela en los siguientes días L M X J V
(Circule días en el Programa)

_____ Mi hijo/a está en el programa después de escuela en los siguientes días L M X J V
(Circule días en el Programa)

_____ Mi hijo/a está en el programa antes y después de escuela en los siguientes días L M X J V
(Circule días en el Programa)

AUTO PAGO

_____ Estoy de acuerdo en pagar \$15 por semana para que mi hijo/a asista al programa **antes** de escuela.

_____ Estoy de acuerdo en pagar \$35 por semana para que mi hijo/a asista al programa **después** de escuela.

_____ Estoy de acuerdo en pagar \$50 por semana para que mi hijo asista al programa **antes y después** de escuela.

COMO SEA NECESARIO

_____ Estoy de acuerdo en pagar \$ _____ para que mi hijo asista los siguientes días al programa antes de escuela L M X J V
(Circule días en el Programa)

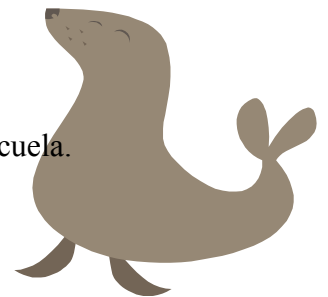
_____ Estoy de acuerdo en pagar \$ _____ para que mi hijo asista los siguientes días al programa después de la escuela L M X J V
(Circule días en el Programa)

* CFL acepta a estudiantes a base diario. La cuota es de \$7 por día por el primer y segundo día. Por el tercer día consecutivo en una semana, el costo es de \$21 (el total es igual a la tasa semanal.)

REEMBOLSO DE CYFD

_____ No tengo un co-pago mensual para el programa antes o después de la escuela.

_____ Estoy de acuerdo en pagar un co-pago mensual de \$ _____



Nombre Impreso de Padre/Guardián

Firma

Fecha

Firma del Coordinador del Sitio

Fecha

FORMAS DE AUTORIZACIÓN

TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER LLENADAS COMPLETAMENTE. SI UNA SECCIÓN NO SE APLICA POR FAVOR RECONOCE CON "N / A"

INFORMACIÓN MEDICA

¿Su niño tiene una necesidad especial / discapacidad que requiera adaptaciones? Sí NO

Si, sí por favor explique: _____

Describe cualquier comportamiento que pueda ser afectado o causado por lo anterior _____

¿Que deberíamos hacer si el comportamiento del estudiante se convierte en un problema? _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento? Sí NO

Si, sí por favor catalogue _____

¿Su hijo tiene alergias? Sí NO

¿Su hijo tiene alguna condición medica, física o mental? Sí NO

Si, sí por favor catalogue la información a continuación. Use hojas adicionales si es necesario.

Condición: _____

Tratamiento Actual: _____

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS EN CASO DE EMERGENCIA

Estoy de acuerdo con la administración de tratamiento médico de emergencia para mi hijo por un profesional de la salud calificado en mi ausencia. Autorizo CFL para arreglar tratamiento de emergencia médica hasta el momento en que pueda estar presente. Autorizo a cualquier médico o centro de tratamiento médico para el tratamiento de mi hijo en caso de una emergencia en la que el médico ya mencionado no puede responder. Asumo toda la responsabilidad financiera por cualquier atención médica o tratamiento proporcionado.

Doctor Preferido: _____

Hospital Preferido: _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

SOLICITUD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

*Nombre de estudiante: _____ Fec.Nac. _____

Marque tipo de Medicamento: Receta Sin Receta

*Nombre de Medicamento: _____

*Dosis de Medicamento: _____ Fecha de Expiración de Medicamento: _____

*Tiempo para administrar medicamento

1. _____
2. _____
3. _____

Fechas que medicamento se administrara:

Comenzara: _____ Terminara: _____

¿Su hijo está tomando algún otro medicamento? Sí NO

Si, sí por favor catalogue: _____



Solicito que el personal de Community For Learning administre el medicamento que es mencionado anterior y como se indica en las instrucciones anteriores.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

* NOMBRE DEL NIÑO DEBE ESTAR EN LA ETIQUETA DEL ENVASE ORIGINAL

PERMISO DE MEDICAMENTOS TÓPICOS

Yo entiendo que es mi responsabilidad de proveer los elementos enumerados a continuación. También entiendo que es mi responsabilidad de informar al personal del sitio cuando traiga estos elementos y me ocupare de entregar estos elementos DIRECTAMENTE a el personal del sitio para mantener estos elementos fuera del alcance de los niños. Yo libero CFL de toda responsabilidad por cualquier complicación resultante de la administración de el medicamento como se ha descrito anteriormente. Doy permiso al personal de CFL aplicar según sea necesario.

(Escriba sus iniciales por cada elemento que da su aprobación de uso.)

_____ Bloqueador Solar (juegos al aire libre)

_____ Loción de Calamina (picaduras de insectos)

_____ Vaselina (labios agrietados y piel seca)

_____ Triple Ungüento Antibiótico (heridas superficiales)

_____ Chapstick, Carmex (labios agrietados)

_____ Loción de mano y/o para el cuerpo (piel seca)

_____ Aloe Vera (piel quemada por el sol)

_____ Otro, por favor explique _____

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA AUTO-INYECTOR DE EPINEFRINA (EPI-PEN)

El estudiante mencionado anteriormente ha tenido una reacción alérgica severa y por lo tanto tendrá que utilizar el medicamento de emergencia a continuación:

- Epi-pen Jr. 0.15 mg Epi-pen 0.3 mg

El estudiante ha tenido reacciones alérgicas a lo siguiente: **(por favor sea específico)**

Alimentos: _____

Insectos: _____

MARQUE TODO LO QUE APLIQUE:

Mi hijo ha sido debidamente capacitado en el uso y la administración del Epi-Pen y debe auto administrarse la epinefrina. (A menos que no pueda)

O

Personal capacitado de CFL debe administrar la epinefrina.

El Epi-Pen debe ser administrado bajo las siguientes “condiciones específicas”:

Inmediatamente después de exposición al alérgeno

O

Administre solo si las reacciones siguientes ocurren: (marque **todo** lo que aplique)

Falta de aliento/ Respiración sibilante Ronchas/ Erupción en la piel Ansiedad e Inquietud

Inflamación General/ Edema Otro _____

Servicios de Emergencia (911) será llamado si el estudiante uso o se administra el Epi-Pen para que un seguimiento adecuado al tratamiento pueda ser completado.

Firma de Padre/Guardián

Fecha



PERMISOS PARA PROGRAMA ANTES Y DESPUÉS DE CLASES CFL

PERMISO DE FOTOGRAFÍAS

Yo doy permiso que tomen fotografías de mi hijo mientras que el o ella este involucrada en el Programa Antes y Después de Clases CFL las fotografías serán usadas para el propósito de las relaciones publicas para la academia preescolar. Y entiendo que a cada intento se me hará notificar antes de que cualquier foto se imprima para publicación o demostración.

Firma de Padre o Tutor: _____ **Fecha:** _____

PERMISO DE VIAJES

Varias veces durante la asistencia de su hijo a el Programa Antes y Después de Clases CFL grupos estarán tomando viajes a lugares de interés a los alrededores. En orden de que su hijo participe en estos viajes, usted debe de firmar la sección a continuación en esta caja. Su firma habilitara a los maestros a llevar a cabo viajes en grupo sin tener que pedir permiso cada vez. Padres serán notificados con anticipación por cada uno de los viajes que se llevaran acabo en la clase. Según sea apropiado, los cinturones de seguridad y sistemas de retención estarán disponible para los niños transportados.

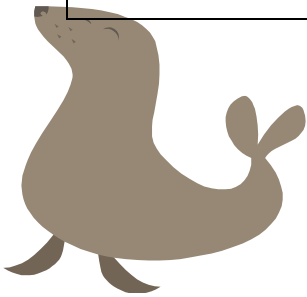
Mi hijo tiene permiso en participar en todos los viajes patrocinados por el Programa Antes y Después de Clases CFL. Este permiso incluye caminatas, viajes realizados en camionetas, autobuses y / o vehículos privados. En todo caso el personal de CFL no se hace responsable de cualquier accidente incurrido.

Firma de Padre o Tutor: _____ **Fecha:** _____

PERMISO DE ACTIVIDADES ACUÁTICAS

- Otorgo permiso a mi hijo a participar en juegos acuáticos y actividades relacionadas con el enriquecimiento con agua.
- NO** Otorgo permiso a mi hijo a participar en juegos acuáticos y actividades relacionadas con el enriquecimiento con agua.

Firma de Padre o Tutor: _____ **Fecha:** _____



Política de Orientación CFL

Los programas de CFL usan disciplina positiva con firme pero justa orientación y control de la conducta. La filosofía del programa de la disciplina se basa en el respeto a la autoestima del niño, el establecimiento de límites razonables y consecuencias, y fomentar mayor auto-disciplina. Nuestro papel en la guía es enseñar a los niños a tomar buenas decisiones y ayudar a desarrollar la auto-disciplina, el sentido del juego limpio y la madurez. Animamos a la individualidad y la independencia, sino que cada niño debe ser capaz de interactuar con los límites del grupo. Los límites serán claras y consistentes, y sólo los métodos constructivos de disciplina se utiliza para promover la buena conducta. El castigo corporal, que es una acción disciplinaria tomada con la intención de producir dolor físico, no se puede utilizar con su hijo. El personal trabajará con su hijo y tratar de colaborar con los padres para resolver cualquier problema que pueda surgir.

Sin embargo, si el comportamiento de un niño interrumpe constantemente el flujo del programa, física o emocionalmente perjudica a otros, o no entra en conflicto con las normas y directrices del programa, los padres serán notificados. En los casos de problemas de disciplina graves, los padres pueden ser llamados para recoger a su hijo de inmediato y el niño puede ser suspendido en el tiempo y / o eventualmente les pide que des a inscribirse en el programa.

Normas de Conducta para Estudiantes Generales Reglas del Programa

Se espera que cada niño de aprender y siga las reglas del Programa Antes/Después de escuela CFL, y se espera que sigan las reglas de la escuela también. El personal le explicará lo que se espera de cada niño para ayudarles a entender los límites.

REGLAS DEL PROGRAMA ANTES Y DESPUÉS DE CFL

1. Siga las instrucciones del personal de CFL el primer momento que es indicado.
2. Respeto y cuidado de otras personas y sus bienes.
3. El respeto y el cuidado de los suministros, el equipo y las instalaciones.
4. Ser responsable de sus propias acciones, posesiones y suciedad.
5. Camina despacio y hablar en voz baja en la habitación.
6. Use el equipo del patio de la forma en que está destinado a ser utilizado.
7. Permanezca en áreas que son supervisadas por el personal del CFL.
8. Mostrar la ciudadanía mediante la participación en las actividades de limpieza del sitio.
9. Sea honesto y digno de confianza en todo lo que hacen.
10. Sea justo cuando los juegos y el uso de equipo.
11. Diviértanse!



Consecuencias para los delitos menores o individual:

1. Advertencias verbales:

Vamos a dejar que el niño sabe específicamente lo que él / ella está haciendo que queremos parar y vamos a darles a conocer las medidas que tomaremos si este comportamiento continúa. (Nota: Cuando los niños rompen las reglas que conocen y entienden, no reciben advertencias)

2. Siga a través de advertencias:

El personal puede utilizar uno o más de los siguientes:

Reparaciones: Un niño que hace que otro niño se lesione se le puede pedir para ayudar a administrar los primeros auxilios, etc. se le pidió a un niño que destroza bienes o equipos destruye para restaurar o reemplazar el producto.

Restitución: Después de las reparaciones, a un niño se le pedirá que indemnizar a la víctima. La víctima puede ser un niño en particular, la agencia o la comunidad de cuidado de niños. El niño va a estar involucrado en la decisión de qué medidas va a "hacer lo correcto", creando una solución personal. Un niño que insulta a otro niño se le puede pedir a pensar y decir una serie de cosas que son buenas sobre ese niño.

Recibir una consecuencia lógica: Un niño que está destrozando corregirá el daño y se le dará servicio a la comunidad, tales como el lavado de mesas. Un niño que arroja basura en el suelo tendrá que recoger esa basura y basura adicional. Un niño que corre en un área de paseo lentamente puede tener que volver al punto de partida y caminar lentamente.

La eliminación de privilegios: Un niño que está abusando de su equipo perderá su / su privilegio de usar que el equipo ese día. Los niños que están discutiendo perderán el privilegio de jugar juntos ese día, etc. Un niño que se muestra desafiante perderá todos los privilegios hasta que él / ella cumple con las instrucciones.

Notificación a los padres: Los padres serán notificados del problema y se le pedirá que hable con el niño en el teléfono, o recoger al niño del programa.

He leído y acepto la Política de Orientación CFL especificado anteriormente.

Firma de Padre/Guardián

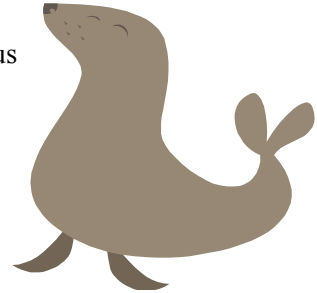
Fecha

Oficina: 505-242-3353 Fax: 505-242-2805 E-mail: info@nmcfl.org

FORMAS DE ALIMENTOS NO ESCOLARIZADAS Y LIBERACIONES

Hay ocasiones durante el programa que pudiéramos planear fiestas y eventos especiales que involucrarán comida traída de lugares fuera de la escuela. Este tipo de comidas no serán provistas o reguladas por las estrictas reglas de seguridad controladas por el CFL. También podríamos conducir actividades de jardinería arte y cocina. Y porque nos preocupa que la comida pudiera ser alérgica a su hijo y su seguridad en general, queremos asegurarnos que tenemos su permiso para que su hijo participe en este tipo de eventos y actividades.

Productos enlatados/embotellados y preparados comercialmente pudieran ser servidos en eventos especiales, pero también los padres y familiares de los niños quieren traer cosas de sus casas. Comidas preparadas por padres y otras cosas preparadas en casa y cocinas privadas no reguladas por el Departamento de Salud podrían no satisfacer las estándares sanitarias requeridas por los preparadores de comida comercial. Por esta razón, le pedimos que apruebe o niegue su permiso para que su hijo se le sirva la comida que se trae de cocinas privadas o no reguladas.



Por favor llene el formulario a continuación dando o negando su permiso a las comidas no reguladas por el distrito.

Nombre Del Estudiante: _____ Sitio: _____

Yo, el padre/Tutor del estudiante que se menciona arriba doy mi consentimiento para que mi hijo se le sirva comidas no preparadas comercialmente en cocinas no reguladas por otros padres o familiares de otros estudiantes y compañeros como lo indica la tabla de abajo. Yo libero a Las Escuelas Públicas de Albuquerque y al CFL, sus empleados de toda responsabilidad legal como resultado de daños o enfermedades que se pudieran presentar.

Permiso Aprobado para los siguientes Eventos / Actividades:	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Fiestas de ocasión y eventos especiales (Acción de Gracias, Navidad, Pascua, Día de los muertos, etc.)		
Fiesta de Cumpleaños de otros participantes		
Eventos culturales del Programa que involucren comida		
Otras fiestas y eventos durante el programa: tales como jardinería, cocina y arte		

Por favor enumere una lista de alergias de comida o comida que el estudiante no pueda consumir:

Por favor enumere cualquier otra restricción: _____

Firma del Padre/Tutor del estudiante

Fecha