

IMAGINE
Preschool
on las escuelas de Amphitheater

IMAGINE PRESCHOOL

en las escuelas Amphi

PAQUETE DE INFORMACIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN



INFORMACIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

Las páginas 1 y 2 deben actualizarse cada enero y julio.

Actualizaciones para padres	_____	_____
	(Firma)	(Fecha)
Actualizaciones para padres	_____	_____
	(Firma)	(Fecha)
Actualizaciones para padres	_____	_____
	(Firma)	(Fecha)

Nombre del sitio: _____

Fecha de registro: _____

Fecha de terminación Estado: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) _____

Apodo: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Idioma principal del niño: _____ Idioma principal del padre/tutor: _____

Dirección de correo electrónico de la casa: _____ Teléfono de la casa: _____

Dirección de la casa del niño: _____

Origen étnico del niño _____ Raza del niño _____ Lugar de nacimiento del niño _____

Estado Civil del Padre/Tutor: Soltero Casado Divorciado Residencia principal viuda: Madre Padre Ambas cosas

Tutor Indique los miembros de la familia con los que vive su hijo; incluya los nombres y las edades de los hermanos: _____

PERSONAS PRINCIPALES DE CONTACTO Y RESPONSABILIDAD

Padre/tutor #1: _____ Relación con el niño: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de casa: _____ Dirección de correo electrónico de casa: _____ Número

de licencia de conducir/Estado: _____ Empleador:

_____ Dirección del empleador: _____ Teléfono del trabajo/

Extensión: _____ Horario de trabajo: _____

Padre/Tutor #2: _____ Relación con el Niño: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de casa: _____ Dirección de correo electrónico de casa: _____ Dirección del conductor

Número de licencia/Estado: _____ Empleador:

_____ Dirección del empleador: _____

Teléfono del trabajo/Extensión: _____ Horario de trabajo: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____



Rev 1/2022

El Distrito Escolar Unificado de Amphitheater no discrimina por motivos de raza, color, religión/creencias religiosas, género, sexo, edad, origen nacional, orientación sexual, credo, estado de ciudadanía, estado civil, creencias políticas/afiliación, discapacidad, idioma del hogar, antecedentes familiares, sociales o culturales en sus programas o actividades y brinda igualdad de acceso a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Las consultas sobre las políticas de no discriminación del Distrito se manejan en 701 W. Wetmore Road, Tucson, Arizona 85705 por Francis Araujo Lopez, Oficial de Cumplimiento de Equidad y Seguridad y Coordinador del Título IX, (520) 696-5081, farajuolopez@amphi.com, o Kristin McGraw, Directora Ejecutiva de Servicios Estudiantiles, (520) 696-5230, kmcgraw@amphi.com.

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

PERSONAS DE CONTACTO Y LIBERACIÓN DE EMERGENCIA

Enumere las personas con las que le gustaría que nos comuniquemos (en orden de prioridad) si no podemos localizarlo en caso de emergencia. Marque la casilla "Contacto de emergencia y liberación", ya que las personas enumeradas también estarán autorizadas a recoger o acompañar al niño con fines de tratamiento médico. No entregaremos un niño a nadie (aparte de los padres) menor de dieciocho (18) años, incluidos los hermanos. Además, enumere las personas a las que le gustaría que se le autorice a recoger solo en un día determinado (es decir, niñera). Para estas personas, marque la casilla "Solamente liberación". Para la seguridad de su hijo, solicitaremos todas las liberaciones autorizadas.

personas con las que el personal no esté familiarizado proporcionen una identificación con fotografía emitida por el gobierno en el momento de la recogida. También es posible que deba completar los formularios del Departamento de Salud de Arizona requeridos por los requisitos de licencia de cuidado infantil de Arizona.

Obligatorio:

Nombre #1: _____ Relación con el niño: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Dirección particular: _____ Tipo de identificación con fotografía emitida por el gobierno: _____

Empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Teléfono/extensión del trabajo: _____ Horas de trabajo: _____

Contacto de emergencia y liberación Solo lanzamiento

Opcional:

Nombre #2: _____ Relación con el niño: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de casa: _____ Tipo de identificación con foto emitida por el gobierno: _____

Empleador: _____ Dirección del empleador: _____ Teléfono/

extensión del trabajo: _____ Horas de trabajo: _____

Contacto de emergencia y liberación Solo liberación

Opcional:

Nombre #3: _____ Relación con el niño: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Dirección de

casa: _____ Tipo de identificación con foto emitida por el gobierno: _____

Empleador: _____ Dirección del empleador: _____ Teléfono/

extensión del trabajo: _____ Horas de trabajo: _____

Contacto de emergencia y liberación Solo liberación

Si desea que una persona que no está identificada anteriormente recoja a su hijo, debe notificar al personal del sitio con anticipación, por escrito. Su hijo no será liberado sin autorización previa. En el caso de que solicite una autorización de recogida en el sitio porque no puede enviar su autorización por escrito, utilizaremos su información personal de este paquete para verificar su identidad.

La licencia de Arizona requiere que todos los niños firmen la entrada y la salida diariamente. Debe usar su nombre legal completo. Las iniciales no serán aceptadas. Si debe recoger a su hijo después de la hora de cierre, se le cobrará un recargo por cada 15 minutos o parte de un período de 15 minutos, por niño, hasta que recoja al niño. La licencia de Arizona puede requerir que nos comuniquemos con las autoridades locales después de un cierto período de tiempo. Consulte a su director para obtener información adicional.

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

ACUERDO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del niño (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Padre / Guardian: _____

Escriba sus iniciales en cada sección que se enumera a continuación, luego firme y feche la última página.

SECCIÓN 1: MATRÍCULA Y CUOTAS

____ **SERVICIOS BASICOS:**Entiendo que Imagine Preschools brinda servicios de cuidado y desarrollo infantil para familias con niños de 3 a 5 años de edad. Las edades de inscripción pueden variar según la disponibilidad y la ubicación.

____ **CUOTA DE INSCRIPCIÓN:**Entiendo que se requiere el pago de una tarifa de registro no reembolsable anualmente en un mes calendario según lo determine el sitio.

____ **CONDICIONES DE MATRÍCULA Y MODIFICACIONES:** \$ _____ por semana es la tasa de matrícula actual para el programa que he elegido. Entiendo que las tarifas están sujetas a cambios con un aviso razonable según lo requieran las condiciones.

He inscrito a mi hijo en el siguiente sitio: _____

____ **PAGO DE MATRÍCULA:**Entiendo que la matrícula vence y es pagadera el primer día de asistencia cada semana.

____ **MATRÍCULA TARDÍA O NO PAGADA:**Si no se recibe el pago completo a su vencimiento, acepto pagar un cargo por pago atrasado de \$10 más \$5 por día que no se reciba la matrícula. Todos los cargos por pago atrasado están sujetos a cambios con un aviso razonable. El sitio sigue los plazos requeridos específicos de Arizona en los avisos de matrícula y modificaciones. Entiendo que si mi cuenta está en mora por más de una semana, se me puede pedir que retire a mi hijo hasta que mi cuenta esté al día. El sitio no puede garantizar que se mantenga el lugar de un niño cuando un niño se retira debido a la falta de pago de la matrícula. Cualquier tarifa de matrícula no pagada puede enviarse a una agencia de cobro de terceros.

____ **REEMBOLSO DE LA AGENCIA:**En los casos de reembolso de la agencia, la tarifa de registro debe pagarse de acuerdo con el contrato aplicable. Entiendo que soy el único responsable de cualquier pago de matrícula y cargos por pagos atrasados que excedan cualquier reembolso de agencia o de terceros de acuerdo con el contrato correspondiente. También entiendo que soy el único responsable del pago de cualquier matrícula que exceda el reembolso de cualquier agencia o de un tercero que resulte de mi falta de comunicación oportuna de los cambios de estado. Si no registro correctamente la entrada o la salida de cualquier día en que mi hijo asista, entiendo que soy el único responsable del pago de la matrícula. Soy responsable de comunicar de inmediato cualquier cambio en el estado que pueda afectar el reembolso de mi agencia.

____ **CARGOS Y PROCEDIMIENTO POR RECOGIDA TARDÍA:**Mi sitio está abierto de _____ am a _____ pm, de lunes a viernes, todo el año escolar, excepto los días festivos. Imagine Preschools sigue el calendario de la Escuela Pública de Amphitheater. Entiendo que si no recojo a mi hijo antes de la hora de cierre programada, se me cobrará un recargo de \$15 por cada 15 minutos o parte del período de 15 minutos, por niño, hasta que lo recojan.

____ **DESCUENTOS:**Hay disponible un descuento de \$20 por mes para los empleados del Amphitheater.

____ **CHEQUES DEVUELTOS:**Entiendo que se cobrará una tarifa de procesamiento a mi cuenta por todos los pagos de la cuenta corriente que se devuelvan por cualquier motivo, y esta tarifa se suma a cualquier cargo que mi banco o institución financiera pueda cobrarme. Entiendo que cualquier pago de la cuenta corriente devuelto por fondos insuficientes se volverá a enviar automáticamente de forma electrónica hasta tres veces. También entiendo que una vez que un cheque se procesa electrónicamente, el cheque ya no es negociable y no será devuelto. Si se devuelven más de dos pagos de la cuenta corriente dentro de un período de seis meses, es posible que deba pagar con un método de pago alternativo durante el próximo período de seis meses. Soy responsable por el monto principal más todos los cargos por cheques devueltos.

SECCIÓN 2: PROCEDIMIENTOS DIARIOS

____ **REGISTRO DE ENTRADA Y SALIDA DIARIO:**Usando las hojas de registro de entrada y salida, acepto registrar la entrada y salida de mi hijo todos los días utilizando el procedimiento de asistencia del sitio. Si no lo hago, se me puede cobrar una tarifa máxima de \$ 5.00 por cada inicio de sesión o cierre de sesión de período. Entiendo que a mi hijo no se le permite firmar su salida. Entiendo que debo ingresar al sitio para dejar y recoger a mi hijo y que debo acompañar a mi hijo hacia y desde el salón de clases designado y el personalmiembro cada día. Arizona requiere una firma manual debido a las regulaciones estatales de licencias de cuidado infantil, acepto completar los procedimientos de entrada y salida manuales requeridos.

____ **ENFERMEDAD:**Entiendo que se me notificará si mi hijo se enferma durante el día y que lo recogeré de inmediato o haré arreglos para que una persona de contacto de emergencia autorizada se haga cargo de dicha notificación. Si mi hijo está expuesto o contrae una enfermedad contagiosa, acepto notificar al sitio y entiendo que mi hijo será readmitido de acuerdo con los estándares de licencias de cuidado infantil de Arizona.

____ **LANZAMIENTO DE MODELO:**Los agentes, afiliados y licenciatarios, puede no puede usar fotografías, reproducciones, imágenes o grabaciones de sonido de mi hijo para anuncios, publicidad o cualquier otro propósito lícito.

Nombre del niño: _____ Fecha: _____



INFORMACIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

FOTOGRAFÍAS, VIDEOS Y CINTAS DE AUDIO:Entiendo y acepto que, en consideración a que se me permita fotografiar, grabar en video o grabar en audio mi hijo en la propiedad de la compañía, solo usaré dicha grabación para uso doméstico legal y privado, y no publicaré, mostraré públicamente ni venderé tales grabaciones. También entiendo que debo tener un permiso por escrito antes de capturar cualquier imagen de los otros niños en el sitio o el personal.

ENTREVISTA A NIÑOS E INSPECCIÓN DE REGISTROS:Entiendo que la agencia de aplicación y administración de regulación de cuidado infantil de Arizona y el departamento local de servicios sociales o servicios de protección infantil tiene la autoridad para entrevistar a los niños o al personal, inspeccionar y auditar los registros de los niños o las instalaciones, entrevistar a los niños en privado, observar la condición física de los niños en el sitio, tomar disposiciones para el examen médico independiente por parte de un médico con licencia de cualquier niño, y contactar e instruir a cualquier otra autoridad apropiada para que haga lo mismo, sin previo aviso o consentimiento por mí o por el sitio.

RETIRO DEL PROGRAMA:Entiendo que debo proporcionar un aviso por escrito de dos (2) semanas de retiro del programa. Si esta notificación no es previsto, acepto pagar toda la matrícula y las tarifas durante dos (2) semanas, ya sea que mi hijo asista o no. Entiendo que cuando se dé de baja a mi hijo, él o ella solo ser elegible para readmisión según la disponibilidad de espacio y todos los demás criterios de inscripción. Si mi hijo es seleccionado para volver a inscribirse, tendré que completar un nuevo Acuerdo de inscripción a la tarifa actual y pagar una nueva tarifa de inscripción no reembolsable a la tarifa actual. Si hay un saldo pendiente (incluida la matrícula o las tarifas) cuando se dio de baja a mi hijo, se me pedir que actualice mi cuenta antes de completar una solicitud de reinscripción. Entiendo que todas las tarifas (matrícula, registro o actividad) no son reembolsables.

SECCIÓN 3: FERIADOS, AUSENCIAS Y CIERRES

FERIADOS:Entiendo que el sitio sigue el calendario de las Escuelas Públicas de Amphitheater. No habrá reducción en la matrícula para los siguientes días festivos: Día del Trabajo, Día de los Veteranos y Día de Martin Luther King. La matrícula se reducirá para el Día de Acción de Gracias y Rodeo Break (escuelas cerradas los jueves y viernes). Los centros estarán cerrados durante las vacaciones de otoño, invierno y primavera. No se debe pagar matrícula cuando los centros están cerrados por estos recesos.

AUSENCIAS/VACACIONES:Acepto informar al sitio inmediatamente si mi hijo estará ausente algún día. Entiendo que no se harán concesiones, créditos, reembolsos o días de recuperación por ausencias ocasionales (es decir, enfermedad).

INFORMACIÓN DE CIERRE DE EMERGENCIA Y CLIMA INCLEMENTE:Entiendo que la intención del sitio es estar abierto y brindar servicio de cuidado de niños todos los días de la semana del año escolar, excepto los días festivos, pero que las inclemencias del tiempo, los desastres naturales/nacionales o los problemas importantes del edificio pueden interrumpir el servicio de vez en cuando. El sitio seguirá la discreción de la escuela de origen asociada. Me pondré en contacto con el sitio para asegurarme de que esté abierto durante las inclemencias del tiempo o un desastre natural/nacional. Acepto que, en caso de que el sitio esté cerrado por un período prolongado, seguiré siendo responsable de los pagos de mi matrícula hasta por tres (3) días hábiles.

SECCIÓN 4: LICENCIAS ESTATALES Y NUESTRAS

TODAS LAS POLÍTICAS Y REGULACIONES ESTATALES:Entiendo que las políticas anteriores no son una lista exhaustiva de políticas y que mi hijo, los miembros de mi familia, Los agentes autorizados y yo estamos obligados por las normas estatales de cuidado infantil, el Manual familiar y todas las demás políticas de Amphitheater, que pueden modificarse en cualquier momento, sin previo aviso. También entiendo que los reglamentos de cuidado infantil del estado en el que asiste mi hijo pueden prevalecer sobre estas políticas cuando el reglamento estatal es más estricto. Además, entiendo que mi inscripción continua constituye mi reconocimiento y acuerdo de cumplir con todas las políticas y regulaciones estatales.

RENUNCIA A JUICIO POR JURADO:SI SURGE UNA DISPUTA O SE RELACIONA DE CUALQUIER FORMA CON NUESTROS SERVICIOS O ESTE ACUERDO, LE ANIMAMOS A INTENTAR PARA RESOLVER DICHO ASUNTO DE BUENA FE DIRECTAMENTE CON LA ADMINISTRACIÓN. SIN EMBARGO, SI LA DISPUTA NO SE PUEDE RESOLVER DE MANERA AMISTOSA, USTED ACEPTA RENUNCIAR DE MANERA IRREVOCABLE E INCONDICIONAL, EN LA MEDIDA MÁXIMA PERMITIDA POR LA LEY APLICABLE, A CUALQUIER DERECHO QUE PUEDA TENER A UN JUICIO POR JURADO EN CUALQUIER ACCIÓN LEGAL, PROCEDIMIENTO, CAUSA DE ACCIÓN O RECONVENCIÓN QUE SURJA DE O RELACIONADO CON NUESTROS SERVICIOS O ESTE ACUERDO, INCLUYENDO CUALQUIER ANEXO, CALENDARIO Y APÉNDICES QUE SON PARTE DE ESTE ACUERDO, O LAS TRANSACCIONES CONTEMPLADAS EN EL PRESENTE. USTED RECONOCE QUE HA CONSIDERADO LAS IMPLICACIONES DE ESTA RENUNCIA Y HACE ESTA RENUNCIA A CONOCIMIENTO Y VOLUNTARIAMENTE.

PLANES DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADOS:Entiendo que si mi hijo tiene un IEP o IFSP, debe compartirlo con el director para que el sitio pueda satisfacer las necesidades de mi hijo.

MANUAL FAMILIAR:He recibido una copia del Manual de la Familia. He leído y entiendo su contenido y políticas y acepto estar sujeto a las mismas.

SIN MODIFICACIONES:Ninguno de los términos de este Acuerdo puede ser alterado, revisado, modificado o eliminado por ninguna persona, excepto en casos de cambio de política o tarifa. cambio al que tanto el director como yo debemos rubricar. Cualquier alteración, revisión, modificación o eliminación de cualquier término de este Acuerdo es nula sin efecto.

No discriminamos por motivos de discapacidad en la admisión/inscripción o acceso a nuestros programas o servicios. La información sobre las disposiciones de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), incluidos los derechos previstos en virtud de la misma, está disponible con el director.

Estas políticas han sido revisadas conmigo por la administración del sitio. Entiendo y cumpliré con las políticas incluidas en el Acuerdo de inscripción y el Manual familiar. Las políticas de este contrato reemplazarán todos los demás documentos anteriores.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Firma del director: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del niño: _____
Fecha de nacimiento: _____
Contacto de emergencia (nombre y número de teléfono): _____

AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR

En caso de un problema médico que requiera la atención de un médico, ¿le gustaría que llamemos a su médico de familia?

Sí _____ No _____ En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Yo (nosotros) _____ y _____, por la presente declaro que soy (somos) padre(s)/tutor(es) legal(es) de _____, un niño menor de edad _____, nacido el _____, que reside conmigo (nosotros) en _____ . Yo Nosotros), _____ autorizar, solo con fines de emergencia, a un empleado designado del sitio para transportar lo anterior menor en ambulancia y dar su consentimiento para cualquier examen, anestesia, diagnóstico médico, cirugía o tratamiento necesarios y/o atención hospitalaria que se le brindará al menor bajo la supervisión general de cualquier médico o cirujano con licencia para ejercer la medicina en el Estado de Arizona.

Hospital/Clínica Preferida para Cuidados Intensivos y de Emergencia: _____

Nombre del dentista: _____ Nombre de la práctica/clínica: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Proveedor de seguro médico y número de póliza: _____

Proveedor de Seguro Médico Secundario y Número de Póliza: _____

Último refuerzo contra el tétanos y la difteria: _____

Alergias a medicamentos, alimentos u otros: _____

Indique cualquier medicamento especial o información pertinente: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Apareció ante mí y produjo _____ como identificación. Fecha: _____

Firma del director: _____ Imprimir nombre: _____

Yo (nosotros) también autorizo (autorizamos) el sitio para evacuar en caso de emergencia. Entiendo que el sitio de evacuación está publicado en el sitio y enumerado en el Manual familiar.

AUTORIZACIÓN PARA SALIDAS DE CAMPO

El sitio puede planificar viajes especiales cuidadosamente organizados y supervisados para los niños fuera del sitio que no requieran transporte en autobús. Se le notificará con antelación de todos los viajes. Estos incluyen niños que caminan por el campus. Doy permiso al sitio para llevar a mi hijo a estas excursiones.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

Perfil de niño

El nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha: _____

¡Usted conoce a su hijo mejor que nadie en el mundo! Ha observado a su hijo día a día y es excepcionalmente calificado para compartir con nosotros sus conocimientos sobre el desarrollo de su hijo. Tómese un momento para completar este perfil, ya que la información nos ayudara conocer mejor a su hijo y a satisfacer sus necesidades individuales.

1. ¿Con quién reside el niño? Indique los nombres y las relaciones con el niño, y los nombres y las edades de otros niños: ADULTOS:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

NIÑOS: Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

2. ¿Quién también cuida a su(s) hijo(s)? _____

3. ¿Qué idioma se habla en su hogar? _____

4. ¿Cuándo comenzó su hijo a hablar o usar palabras? _____

5. ¿Qué es lo que más le gustaría que su hijo experimentara con nosotros?

6. ¿Cómo describiría a su hijo (características de personalidad)? _____

7. ¿Qué es lo que más disfruta de su hijo(a)? _____

8. ¿Cuáles son los intereses de juego de su hijo (preferencia por juegos creativos, dramáticos o de construcción)? _____

9. ¿Cómo expresa su hijo su frustración? _____

10. ¿Tiene su hijo algún miedo en particular? _____

11. ¿Cómo reacciona su hijo al cambio (como ser abandonado por los padres)? _____

12. ¿Cómo se consuela su hijo a sí mismo? _____

13. ¿Cómo disciplina a su hijo? _____

14. ¿Cuáles son los alimentos que más le gustan a su hijo? _____

¿Menos? _____

15. ¿Cuáles son las rutinas de comida de su hijo en casa? _____

16. ¿Cuántas horas de sueño recibe su hijo por la noche? _____

17. ¿Es necesario despertar a su hijo por la mañana para asistir al preescolar? _____

Nombre del niño: _____



Fecha: _____

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

18. ¿Cuáles son los arreglos para dormir de su hijo? Marque la respuesta adecuada.

- Propio cuarto - Comparte habitación con _____

- duerme en la cama

19. ¿Cuáles son los rituales a la hora de acostarse de su hijo? _____

20. ¿Su hijo toma siestas?-Sí-No ¿Cuánto tiempo? _____

21. ¿Su hijo necesita un artículo de comodidad para la siesta? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es ese elemento específico?

22. ¿Su hijo sabe ir al baño? Sí No Explicar: _____

23. ¿Qué lenguaje usa para hablar sobre el uso del baño en su casa? _____

24. ¿Ha tenido su hijo experiencias preescolares previas? _____

25. ¿Está disponible para ayudarnos con excursiones u otros eventos especiales? _____

26. ¿Tiene algún interés especial o pasatiempo que le gustaría compartir con los niños? _____

27. ¿Qué tradiciones familiares o culturales son importantes en su hogar? _____

28. ¿Estaría dispuesto a compartir estas tradiciones con los niños? _____

29. ¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo que nos ayudaría a satisfacer mejor sus necesidades?

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

Historial médico

Altura: _____ Peso: _____ Color de pelo: _____ Color de los ojos: _____
Signos distintivos: _____ Fecha de cumpleaños: _____

1. Medicamentos que se administrarán regularmente en el preescolar: _____

2. Necesidades dietéticas especiales: _____

3. ¿Su hijo puede caminar? Sí No Explicar: _____

4. ¿Puede su hijo comunicar sus necesidades de manera efectiva? Sí No Explicar: _____

5. ¿Tiene su hijo alguna necesidad médica o física? Explique: _____

6. ¿Tiene su hijo alguna alergia? Explique: _____

Proporcione instrucciones especiales con respecto a cualquier otra enfermedad, según sea necesario: _____

Alergias (marque y enumere todas las que correspondan)

- Medicamentos	Alérgeno: _____
	Reacción: _____
- Alimento	Alérgeno: _____
-	Reacción: _____
- Otro: _____	Alérgeno: _____
-	Reacción: _____

¿Alguna de las alergias es grave o potencialmente mortal? - Sí - No En caso afirmativo, proporcione instrucciones especiales:

Según las regulaciones estatales, se requiere una declaración por escrito para la exención de los requisitos de vacunación.

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Revise todo el Paquete de información de registro de inscripción y el Manual familiar con cada familia. Asegúrese de que todos los formularios estén completamente llenos con las firmas correspondientes. Revise el registro de salud y las vacunas del niño para verificar que el estado cumpla con los requisitos para asegurarse de que el médico lo haya sellado/firmado y haya completado todas las fechas necesarias.

OBTENER FORMULARIOS FIRMADOS DE LA FAMILIA

- Paquete de información de registro de inscripción completado
- Reconocimiento del manual familiar
- Información de Emergencia y Tarjeta de Registro de Vacunación del Departamento de Licencias del Estado de Arizona
- Otros formularios estatales o federales requeridos: _____

REVISIÓN EN FAMILIA

- El primer día del niño.
- Orientación infantil y gestión del aula (política de disciplina)
- Cronograma de pago de matrícula, montos y fechas de vencimiento
- Conferencias de padres y otras comunicaciones, qué esperar diariamente y/o semanalmente
- Proceso y procedimientos de seguridad de acceso
- Recogida autorizada, política de recogida tardía y controles de emergencia
- Documentos de custodia de los hijos (si corresponde)
- Ropa y otros artículos para llevar (etiquetados)
- Cualquier restricción de recogida
- Cualquier restricción de viaje de campo
- Cualquier restricción de fotos
- Cualquier restricción de fotos
- Inmunización/información de salud
- Cuota de registro anual
- Cargos por pagos atrasados
- Necesidades especiales
- Política de absentismo
- política de enfermedad
- Comidas
- alergias
- Depósito de seguridad (si corresponde)
- Política de medicamentos
- Características relevantes del plan de estudios para el grupo de edad del niño
- Revisar los Planes de Emergencia y Desastre

La información anterior fue revisada conmigo y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo claramente las políticas de Imagine Preshool.

Nombre del padre/tutor: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Director: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Form completed by – please print and sign

Date

Contact Phone number

Programa de Educación Temprana del Condado Pima

Aviso de Premio Familiar Otorgado

¡Gracias por inscribir a su hijo en una clase preescolar de alta calidad! Esta clase es fundada por su distrito escolar y por el Condado Pima, como parte del Programa de Educación Temprana del Condado Pima (PEEP) por sus siglas en inglés. La misión de PEEP esta basada en investigaciones que demuestran que niños que asisten a un programa preescolar de alta calidad están preparados de mejor manera para el jardín de niños. También hay beneficios a largo plazo: Los niños tienen más posibilidades de graduarse de la preparatoria, tener ingresos más altos, y tener mejor estado de salud. Una escuela preescolar de alta calidad beneficia no solamente a los niños, pero también a las familias, escuelas y a nuestra comunidad. ¡Felicidades por haber tomado la decisión de participar!

Amphitheater Unified School District Ha confirmado que por sus ingresos y la edad su hijo, su hijo es elegible para asistir a esta clase gratuita, la escuela solamente tiene permitido cobrarle por cuidados brindados en horas antes y después del horario escolar normal.

Esta sección debe ser completada por personal de la escuela, se les brindará una copia a los padres/tutores, al Condado Pima, y se mantendrá en archivo por parte de la escuela.

Fecha de hoy _____

Nombre del niño _____

Fecha anticipada que el niño comenzara la escuela preescolar _____

¿El niño tiene la edad requerida para esta clase? Sí o No

¿Los ingresos de la familia del niño son 200% o menos del Nivel Federal de Pobreza? Sí o No

¿Los ingresos de la familia del niño son 165% o menos del Nivel Federal de Pobreza? Sí o No

Si sí, ¿Se le ha brindado a la familia información sobre la solicitud para subvenciones para cuidados de niños por parte del DES? Sí, No, N/A

Nombre del Distrito Escolar _____

Nombre de la Escuela _____

Dirección de la Escuela _____

<https://forms.office.com/pages/responsepage.aspx?id=H47bQASvu061kXC8bQMFpXGLU1itkCBGgeEpmztr4A5UNVhNQTRFQUNCMDVCQjc0TVk0VjQzU1VLNC4u>

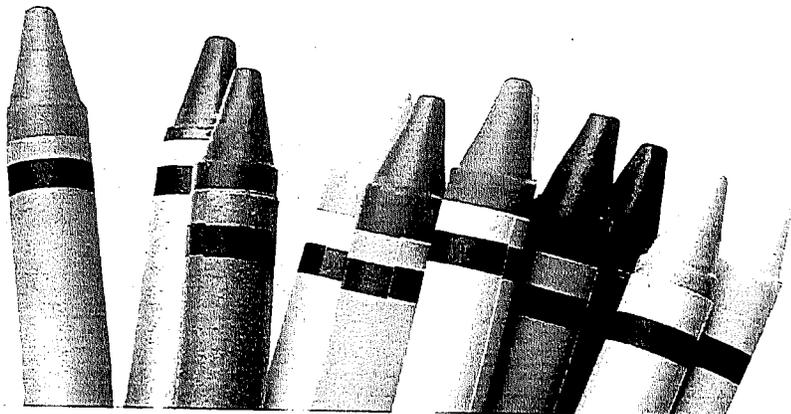


PRESCHOOLS ARE HERE!

Registration is now open for the
2022-2023 school year!

Fill out the survey at the link or QR code
at the top of this page.

- Nash
- Keeling
- Prince
- Rio Vista
- Copper Creek
- Donaldson



CONTACT US:

520.696.6927

tfay@amphi.com

To learn more, visit us
at amphi.com.