



School Community Relations Department
 920 Corporate Drive, Hillsborough, NC 27278
ocs.schoolcare@orange.k12.nc.us
 919 732-4166

After-School Registration Form 2022-23
Program Hours: 2:30 - 6:00 p.m.

Por favor complete la formulario de inscripción (cada niño necesitará un formulario de inscripción) y devolverlo a la oficina de Relaciones con la Comunidad Escolar en : ocs.schoolcare@orange.k12.nc.us con el **pago (vea la página 2)**.
 Ningún niño está inscrito hasta que el formulario y el pago se reciban juntos y se envíe un correo electrónico de confirmación a los padres.

Estudiante _____
 Apellido Primer Nombre 2do nombre 2022/23 Grado

Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____

Género: Masculino___ Femenino___ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Empleado de OCS: Sí___ No___

Sitio del programa:

Central Elem	Efland Cheeks Elem	Grady Brown Elem	Hillsborough Elem	New Hope Elem	Pathways Elem	River Park Elem

Recibe una beca: Sí___ No___ Nombre del trabajador social del DSS _____
 Teléfono# _____

Padre/Guardián _____ Email _____
 Extensión de trabajo/teléfono _____ Celular# _____
 Padre/Guardián _____ Celular# _____

Extensión de trabajo/teléfono _____

¿Hay algún problema de separación, divorcio o custodia que nuestro personal deba conocer? _____ No _____ Si

¿Hay alguna persona que tenga prohibido recoger al niño por orden judicial? En caso afirmativo, adjunte una copia de la orden judicial y una explicación.

Nombre de la persona prohibida _____ Relación con el niño _____

En caso de enfermedad o emergencia, por favor considere un contacto de emergencia que tenga la capacidad de **RECOGER al estudiante en caso de emergencia. Siéntase libre de añadir a este formulario si se necesita más espacio para los nombres.**

Las siguientes personas están autorizadas a recoger al niño del programa y/o a ser localizadas durante una emergencia. En caso de salida temprana debido a las inclemencias del tiempo o a condiciones de emergencia, he acordado con estas personas situadas localmente que acepten plenamente la responsabilidad de recoger a mi hijo/hijos del Programa Extraescolar. Si no hay ninguna, escriba "ninguna" en el espacio de abajo.

1er. Nombre de recogida _____ Relación _____ Teléfono# _____
 2° Nombre de recogida _____ Relación _____ Teléfono # _____
 3er. Nombre de recogida _____ Relación _____ Teléfono # _____

Historial médico/de desarrollo/utilizar papel adicional si es necesario - El programa se compromete a proporcionar transporte a un centro de recursos médicos apropiado en caso de emergencia. En una situación de emergencia, otros niños en el centro serán supervisados por un adulto responsable. No administraremos ninguna droga o medicamento sin instrucciones específicas del médico o del padre o tutor del niño. Estoy de acuerdo en que el proveedor de la guardería puede autorizar al médico de su elección para proporcionar atención de emergencia si ni yo ni el médico de la familia podemos ser contactados inmediatamente.

Estoy de acuerdo **No estoy de acuerdo**

Enumere las discapacidades físicas, los retrasos en el desarrollo, los problemas de salud crónicos (por ejemplo, asma, diabetes, convulsiones), las alergias importantes y/o las necesidades especiales de comportamiento/emocionales.

¿Necesita el niño asistencia especial del personal durante una jornada escolar normal? **Sí (vea abajo)** **No**

Si ha seleccionado la opción "sí", programe una reunión con el director del programa de actividades extraescolares.

Fecha y hora preferidas: _____

*****Completar esta sección es OBLIGATORIO antes de que su hijo pueda comenzar en el programa***
Anote cualquier condición médica/alergias/operaciones/hospitalizaciones**

Médico del niño _____ Teléfono # _____

Dentista del niño _____ Teléfono # _____

Hospital de Preferencia _____

¿Necesitará su hijo medicación durante el Programa de forma regular? **Si** **No**

El padre/guardián es responsable de presentar un formulario de Autorización de Medicamentos para un Estudiante en la Escuela al Director del Sitio de su hijo.

Los padres deben poner sus iniciales en las respuestas según corresponda:

Yo doy el permiso a la enfermera de la escuela para proporcionar información médica al personal del programa según se considere necesario.

Yo doy permiso para que mi hijo sea fotografiado en el sitio del programa. (por ejemplo, por el personal del centro para el álbum de recortes, la exposición, las publicaciones del programa, y/o por los periodistas que realicen un reportaje sobre los programas de cuidado de niños en edad escolar) [NC Child Care Laws/Rules](#) / [OCS Student Handbook](#) / [Child Care Strong NC Public Health Toolkit](#): Entiendo que el Folleto de la Ley/Regla de Cuidado de Niños de Carolina del Norte se puede obtener por correo electrónico y que el Manual para Padres está disponible en línea en www.orangecountyfirst.com (haga clic en How Do I, After School, y Parent Handbook). También entiendo que el Manual del Estudiante de OCS contiene las políticas y procedimientos de OCS con respecto a la conducta y la disciplina del estudiante y puedo revisarlo también en www.orangecountyfirst.com (haga clic en Board, Board Policies, Section 4000 Students).

Recogida tardía: Entiendo que se permiten 3 recogidas tardías, después de la tercera, su hijo será retirado del programa.

Solicitud: Certifico que toda la información que he dado en este formulario de solicitud es verdadera y exacta. Entiendo que proporcionar información falsa e incompleta será causa de cancelación de la inscripción en el programa.

Formas de Pago: 1 Hijo(a) / \$254.00 2 Hijos(as) / \$444.00 3 Hijos(as) / \$634.00
 Pago en línea K12paymentcenter.com (enviar el recibo de pago).
 Cheques/Money Order (haga los cheques a nombre de: **Orange County Schools**)
 Envíe la inscripción y el pago por correo a: Si se entrega por correo, hay un buzón situado bajo el toldo.
OCS School Community Relations, 920 Corporate Drive, Hillsborough, NC 27278.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____

Sólo para uso de la oficina

Date app received	Start Date	Fee Paid	Payment	Payee	Original to Sch