

**ESCUELAS DEL CONDADO DE ORANGE - PROGRAMA DE RELACIONES CON LA COMUNIDAD ESCOLAR
SOLICITUD PARA PROGRAMAS DE CUIDADO DE NIÑOS DE LA ESCUELA INTERMEDIA**

Por favor, llene completamente y escriba claramente: (Envíe a la Oficina de Relaciones con la Comunidad Escolar por correo electrónico OCS.schoolcare@orange.k12.nc.us)

Nombre del Niño: _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ 2022-2023 Grado _____
Dirección del Niño: _____ Ciudad _____ Zip _____

Sexo: M ___ F ___ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

SITIO DEL PROGRAMA: A.L. Stanback
 Gravelly Hill Horario de la escuela media: Lunes- Jueves 3:25-5:30
 Orange Middle **No se proporciona transporte**

\$30 de cuota de inscripción

Formas de pago aceptadas: Cheques y/Money Order. Si se utiliza el centro de pago en línea (k12onlinepaymentcenter), los padres pueden enviar por correo electrónico el formulario de inscripción y el recibo de pago a ocs.schoolcare@orange.k12.nc.us

Padre/Guardián: _____ Email: _____

Teléfono del Trabajo/Extensión: _____ Teléfono Móvil: _____

Madre/Guardián: _____ Email: _____

Teléfono del Trabajo/Extensión: _____ Teléfono Móvil _____

¿Existe algún problema de separación, divorcio o custodia del que nuestro personal deba estar al tanto? ___ No ___ Sí, por favor incluya la documentación

¿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:** _____

Contacto de Emergencia y Autorización de Recogida: Personas distintas a los padres/guardianes que aparecen en el frente del formulario. Las siguientes personas están autorizadas a recoger al niño del programa y/o a alcanzarlo durante una emergencia. En caso de salida anticipada debido a las inclemencias del tiempo o a condiciones de emergencia, he acordado con estas personas situadas en la localidad 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.

1ra. Persona autorizada _____ Relación _____ Teléfono _____

2a. Persona autorizada _____ Relación _____ Teléfono _____

3ª Persona autorizada _____ Relación _____ Teléfono _____

Información de Emergencia:

Médico del Niño _____ Teléfono _____

Dentista del Niño _____ Teléfono _____

Hospital de Preferencia: _____

Indique cualquier condición médica/alergias/operaciones/hospitalizaciones ponga la casilla aquí

¿Necesitará su hijo/a medicación durante el Programa Extraescolar de forma regular? Sí No
El padre/guardián es responsable de presentar en la oficina de la escuela un formulario de autorización de medicación para un estudiante en la escuela.

Nombre del Niño: _____

Page 2

HISTORIA MÉDICA / DE DESARROLLO/ Utilice 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, los demás niños del centro serán supervisados por un adulto responsable. No administraremos ningún fármaco o medicamento sin instrucciones específicas del médico o del padre o guardián del niño. Estoy de acuerdo en que el cuidador puede autorizar al médico de su elección para que proporcione atención de emergencia si ni yo ni el médico de la familia podemos ser contactados inmediatamente. _____
Estoy de acuerdo No estoy de acuerdo

Enumere cualquier discapacidad física, retraso en el desarrollo y/o necesidades especiales de comportamiento/emocionales. ponga la casilla aquí

¿Tiene el niño asistencia especial durante la jornada escolar normal? No Sí, por favor explique.
Por favor, programe una cita con el Coordinador de Relaciones con la Comunidad Escolar en el 919 732-4166.

Fecha y hora de la reunión: _____

Sí No El niño está aprobado para asistir al Programa Extraescolar de la Escuela Intermedia

_____ Firma del Coordinador de Relaciones con la Comunidad Escolar

COMPROMISOS:

Los padres deberán poner sus iniciales en cada una de las áreas que aparecen a continuación:

Yo Doy No Doy (marque uno) permiso a la Enfermera de la Escuela para que proporcione información médica al personal de After School.
Yo Doy No doy (marque una) permiso para que mi hijo sea fotografiado en el sitio del programa. (por ejemplo, por el personal del sitio para el álbum de recortes, la exhibición o por las publicaciones del programa por los periodistas que hacen un informe sobre los programas de cuidado de la edad escolar.

_____ **Examen Físico / Vacunas:** Certifico que mi hijo está inscrito en las Escuelas del Condado de Orange y que una copia de un examen físico y un registro completo de vacunas están archivados en la oficina de la escuela donde el niño está inscrito.

_____ **Aplicación:** Certifico que toda la información que he proporcionado en este formulario de solicitud es verdadera y exacta. Entiendo que proporcionar información falsa o incompleta será causa de cancelación de la inscripción en el programa.

_____ **Manual de los Padres / Manual del Estudiante OCS:** Entiendo que recibiré el Manual de Padres. También entiendo que el Manual del Estudiante de OCS contiene las políticas y procedimientos de OCS con respecto a la conducta y disciplina del estudiante y puedo revisarlo también en www.orangecountyfirst.com (haga clic en Board, Board Policies, Section 4000 Students)

_____ **Asistencia:** El niño debe asistir 3 de los 4 días de After School por semana.

SALIDA SEGURA::

Si su hijo no es recogido antes de las 5:45 p.m. la Directora del Programa llamará a los números de casa y/o del trabajo de los padres/guardianes. Si no hay respuesta, llamará a los números de emergencia indicados para el niño en el formulario de inscripción. Si no se puede localizar a los padres/tutores o a los contactos de emergencia dentro de los 20 minutos siguientes a la hora de cierre, la Directora del Programa llamará al 911 y pedirá hablar con el trabajador social de guardia.

Si se producen 3 retrasos en la recogida durante el año escolar, su hijo será dado de baja del programa.

*Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha _____

Office Use Only: