Area **B**oard for **C**hild **D**evelopment
Formulario de Registro
2021-2022

Nombre _____ Edad _____ Grado _____
Familia/hermanos_____
Direccion _____
Numero de telefono _____Telefono celular _____Email _____
Contacto Emergencia_____Numero de telefono _____
Alergias _____
Otras preocupaciones medica _____

Maestro/a de clase_____

Mi nino/a va a attender el programa ABCD los siguientes dias (circule todo los que correspondan)

Lunes Martes Miercoles Jueves Viernes

**La programa tambien incluye servicio del bus.

Mi hijo/a va a necesitar o no necesita servicio del bus

El direccion _____

Si su hijo/a no necesite servicio del bus, quien puede recojelo/a _____

****Estoy de acuerdo en pagar la cuota seminal por adelantado, todos los lunes de la semana de participacion**

<u>Quotas del estudiante</u>
Estudiantes que asisten a tiempo complete
$21.00 por semana
$11.00 por semana (almuerzo gratis oa precio reducido)
Los estudiantes que asisten a tiempo parcial (por lo menos 2 dias a la semana)
$5.00 por dia
$3.00 por dia (almuerzo gratis oa precio reducido)

_____ _____
Firma de padre o guardian Fecha

La responsabilidades de los padresy los procedimientos de facturacion

Responsabilidades de los padres/Acuerdos: Por favor de inicial cada uno de los siguientes para indicar que ha leido y entendido cada elemento.

_____1. Mi nino/a no se le permite salir libremente del sitio de ABCD y debe informar inmediatamente a la sala de la escuela antes y despues.

_____ 2. Tengo que mantener comunicacion con el personal de ABCD sobre mi nino/a y mantenerlos informados de cualquier cambio pertinente, como los cambios de direccion e informacion de contacto.

_____ 3. Tengo que notificar ABCD llamando a la escuela o por escrito cuando mi nino/a va a estar ausente de ABCD. Comprendo que esto es para la proteccion del nino/a.

_____ 4. **Tengo que notificar a ABCD por telefono o por escrito de cualquier cambio de autobus o la hora de hacer otros arreglos para que mi nino/a llegue a la casa depues del programa ABCD. Comprendo que esto es para la proteccion del nino/a.**

_____ 5. Si surge una emergencia medica, ABCD primer intent de ponerse en contacto conmigo. Si no se puede llegar, ABCD pondra en contacto con el contacto de emergencia del nino/a. Si la emergencia es tal que la atencion hospitalaria inmediata es necesaria, el personal puede llamar a una ambulancia. Yo sere responsible de todos los costos.

_____6. **El programa ABCD operara desde 2:35-5:00 de lunes a viernes para el Distrito Kewanee.** ABCD funcionara de acuerdo con el cierre de escuelas, las vacaciones, y los institutos.

_____ 7. Es mi responsabilidad ver que mi hijo es (son) recogido por el tiempo designado. Yo entiendo que se le cobrara $3.00 por nino por cada incremento de 10 minutos mas alla de las 5:00.

_____ 8. La escuela puede entregar la siguiente informacion para el Programa de ABCD para el periodo del ano academico en curso: a) informacion academica,
b) las copias de las boletas de calificaciones trimestrales, c) auto-evaluacion

_____ 9. Entiendo que es requerido pagar el Lunes de cada semana para la participacion de la semana . Los pagos mensuales tambien son aceptables. **La falta de pago enlos dias programados puede resultar en la eliminacion del programa.**

Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con las responsabilidades de los padres y por los procedimientos de facturacion y que he leido y entendido las directrices padres.

Autorizacion de viaje

Yo doy y no doy (circule uno) permiso a mi nino/a a salir con el ABCD programa despues de clases para los viajes en el transporte escolar para eventos especiales, paseos al parque, etc. Yo entiendo que sera notificado antes de cada actividad

Hermanos adicionales en ABCD _____

Permiso para la utilizacion de imagines

Yo doy y no doy (circule uno) permiso para que mi nino/a aparece en cualquier cobertura de los medios aprobados por el programa ABCD.

_____ _____

Firma del Padre o Guardian Fecha

Los requisites para asistir a ABCD

_____ 1. Cada estudiante que asiste a ABCD debe trabajar en algun tipo de trabajo relacionado con la escuela todas las noches. Este trabajo debe ser un trabajo de algun tipo de actividad a lo que se ensena en la clase del estudiante. Si no hay trabajo en clase el programa ABCD le dara al estudiante una actividad educativa relevante para su/nivel de grado. **El tiempo de trabajo cada noche sera entre 45-60 minutos o hasta que el trabajo escolar se ha completado.**

_____ 2. Todas las reglas que se aplican durante el dia regular de clases tambien se aplicara a ABCD. Cortesia y respeto se muestra al personal y a los estudiantes que asistieron. El incumplimiento de las normas tendra como resultado las siguientes consecuencias:

- La primera vez, se la dara aviso.
- La Segundo vez se dara lugar a una suspension de un dia.
- La Tercera resultara en una suspension de tres dias.
- La cuarta vez se traducira en el despido del programa.

****Otras decisions pendientes de administrador o coordinador.**

_____ 3. Todos los asistentes al programa debe realizar el pago acordado cada semana. Falta de pago de dos semanas consecutives puede resultar en el despido del programa. Si surgen circunstancias especiales por favor vea el coordinador de un regimen especial.

_____ 4. **Cualquier** problema o inquietud no dude en ponerse en contacto con el coodinador del program ABCD.

_____ _____

Firma de Padre o Guardian Fecha