



STAFF USE:
Classroom Attending: BH BH SAT EPA RWC

Inscripción Preescolar

Family Connections

Información del Adulto Participante:

Nombre de la Madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ # Apartamento: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de su casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ # Apartamento: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de su casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____

INFORMACIÓN DEL ADULTO PARTICIPANTE (SI ES DIFERENTE DE LOS PADRES):

Relación con el niño(s)/ niña(s): _____

Nombre de la Tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ # Apartamento: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de su casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Información de los niños: (Anote a los niños de edades 0-5 que asistirán a Family Connections)

Nombre	Encierre en un círculo:	Fecha de nacimiento
	Masculino o Femenino	
	Masculino o Femenino	
	Masculino o Femenino	

¿Tiene el adulto participante o el niño alguna alergia, incapacidad, restricción alimenticia o necesidad especial?

Si / No Si es sí, por favor explique _____

Días que se compromete a participar en el programa: L M M J V S

¿Cómo se enteró de Family Connections?

Amigo/a Folleto Clínica de Salud (¿Cual?) _____ Familia que ha vuelto

Evento Comunitario Letrero Otro modo (Por favor apunte) _____

Firma de los padres

Fecha



Family Connections

STAFF USE:

Classroom Attending: BH BH SAT EPA RWC

Información de Emergencia de Familias – Copia para oficina

Información del Adulto Participante:

Nombre: _____ Nombre(s) de su(s) Niños(s) _____

Relación con el niño(s)/ niña(s)

Madre Padre Otro _____

Dirección: _____ # Apartamento _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de su casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

E-mail: _____

Por favor apunte tres adultos a quien podemos notificar en caso de una emergencia.

Nombre	Teléfono - Día	Teléfono - Noche	Relación con el adulto

Hospital Preferido: _____

Firma de los padres

Fecha



Family Connections

STAFF USE:

Classroom Attending: BH BH SAT EPA RWC

Información de Emergencia de Familias – Copia para oficina

Información del Adulto Participante:

Nombre: _____ Nombre(s) de su(s) Niños(s) _____

Relación con el niño(s)/ niña(s)

Madre Padre Otro _____

Dirección: _____ # Apartamento _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de su casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

E-mail: _____

Por favor apunte tres adultos a quien podemos notificar en caso de una emergencia.

Nombre	Teléfono - Día	Teléfono - Noche	Relación con el adulto

Hospital Preferido: _____

Firma de los padres

Fecha



Family Connections

STAFF USE:
Classroom Attending: BH BH SAT EPA RWC

Información de Emergencia de Familias – Copia para la escuela

Información del Adulto Participante:

Nombre: _____ Nombre(s) de su(s) Niños(s) _____
Relación con el niño(s)/ niña(s)
 Madre Padre Otro _____
Dirección: _____ # Apartamento _____
Ciudad: _____ Código Postal: _____
Teléfono de su casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono Celular: _____
E-mail: _____

Por favor apunte tres adultos a quien podemos notificar en caso de una emergencia.

Nombre	Teléfono - Día	Teléfono - Noche	Relación con el adulto

Hospital Preferido: _____

Firma de los padres

Fecha



Family Connections

STAFF USE:
Classroom Attending: BH BH SAT EPA RWC

Información de Emergencia de Familias – Copia para la escuela

Información del Adulto Participante:

Nombre: _____ Nombre(s) de su(s) Niños(s) _____
Relación con el niño(s)/ niña(s)
 Madre Padre Otro _____
Dirección: _____ # Apartamento _____
Ciudad: _____ Código Postal: _____
Teléfono de su casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono Celular: _____
E-mail: _____

Por favor apunte tres adultos a quien podemos notificar en caso de una emergencia.

Nombre	Teléfono - Día	Teléfono - Noche	Relación con el adulto

Hospital Preferido: _____

Firma de los padres

Fecha



Hoja de Responsabilidades de los Adulto Participante

Family Connections

El éxito de Family Connections depende de la participación y ayuda de los padres participantes del programa. Los siguientes requisitos son responsabilidad de cada familia:

- Asistencia: Puntualidad en las clases y asistencia regular todo el año. La ausencia por más de una semana o las frecuentes llegadas tarde sin avisar a la maestra tendrán el resultado de ser quitado del programa hasta el próximo trimestre.
Ponga su inicial
- Participación: Participación activa en todos los aspectos del programa, (observar y supervisar a los niños, traer y preparar refrigerio para los niños, asistir a las clases de noche para padres y paseos, etc.)
Ponga su inicial
- Limpieza: Participar en la limpieza general del salón de clases, lavar los juguetes y organizar materiales.
Ponga su inicial
- Forma Médica: El padre o la madre que está asistiendo a clases debe tener la prueba de Tuberculosis reciente (válida por dos años) o una radiografía de Tuberculosis (válida por cinco años). También necesitamos las formas médicas de los padres y niños, y las hojas médicas de emergencia.
Ponga su inicial
- Salud: Tomar la responsabilidad de mantener a su hijo en casa si él o ella está enferma para cumplir con la póliza de salud de Family Connections.
Ponga su inicial
- Paseos: Tomar la responsabilidad de ser puntual. Proveer su propio transporte y meriendas. Su hijo/a tiene que ir sentado en una silla de seguridad cuando esté en un “carpool”.
Ponga su inicial
- Reclutar: Activamente reclutar a nuevas familias en Family Connections a través de la distribución de folletos a vecinos, trabajando en un puesto en ferias de salud y contándole a sus amigos sobre Family Connections.
Ponga su inicial
- Recaudo de Fondos: Participar en planear y ayudar a Family Connections en los tres eventos para recaudos de fondos anuales – “la noche con autores de libros para niños”, “el carnaval familiar” y “la rifa para un carro”
Ponga su inicial

Yo he leído esta hoja de responsabilidades de los padres y estoy de acuerdo en participar activamente en el programa de Family Connections y me comprometo a ayudar a que la escuela funcione mejor.

Nombre del Adulto Participante (nombre escrito)	Firma del Adulto Participante	Fecha
-------------------------------------------------	-------------------------------	-------

Nombre de los padres	Firma de los padres	Fecha
----------------------	---------------------	-------



Family Connections

Responsabilidad en los Paseos

Yo tomo toda responsabilidad por mí, por mi hijo y por otros niños bajo mi cuidado cuando estemos de paseo con Family Connections. Yo seré responsable de ser puntual. Si estoy atrasado, puede ser a que no pueda participar en el paseo o que tenga que pagar mi propia entrada para la actividad. Yo voy a proveer mi propio transporte y meriendas. Mi hijo estará en una silla de seguridad cuando esté en un "carpool".

Nombre de los Padres o Adulto Participante

Firma

Fecha

Forma de Permiso para Fotos

Yo le doy permiso a Family Connections para que use mi foto o cualquier otra foto de mi familia con el propósito de hacer recaudación de fondos para la escuela o para promover el programa a otros. Las fotos serán usadas en folletos, cartas de información, etc.

Nombre de los Padres o Adulto Participante

Firma

Fecha

Forma de Permiso para el Número de Teléfono

Yo le doy permiso a Family Connections para que publique mi teléfono en la lista de teléfonos de la clase. Esta lista no será compartida con nadie fuera de Family Connections.

Nombre de los Padres o Adulto Participante

Firma

Fecha

Liability Waiver

Por medio de la presente acepto toda responsabilidad y asumo el riesgo por cualquier injuria y daño ya sea a mi persona, o a los niños a mi cargo que puedan presentarse directa o indirectamente como resultado de mi participación en el programa de Family Connections. Así mismo deslindo, descargo y desligo expresamente a Family Connections de cualquier perjuicio, como así también a todos los empleados y voluntarios en su capacidad como representantes de Family Connections, expresamente incluyo a la junta directiva de Family Connections con excepción de daños causados intencionalmente o por mala conducta intencionada. Certifico que estoy familiarizado con el contenido de este documento, que he leído y he entendido el mismo y que es mi intención que las personas asignadas por mí como, herederos, administradores, sucesores o beneficiario también se comprometan a obedecerlo.

Nombre de Padre Participante

Firma

Fecha



Family Connections Póliza de Enfermedad

Family Connections

Por favor no traiga a su niño/niña a la escuela si él o ella tiene fiebre, tos, gripe, diarrea, erupción o inflamaciones de la piel o cualquier otro síntoma de enfermedad.

Por favor asegúrese de que su niño/niña descanse y se recupere completamente en su casa. Después de 24 horas que los síntomas hayan pasado completamente ya puede traerlo/la a la escuela.

Por favor hágale saber a su maestro/a si o su niño tienen una enfermedad transmisible (como varicela, tiña, conjuntivitis, inflamación de garganta, piojos de cabeza, etc.)

También le pedimos que por favor no traiga a Family Connections otros niños mayores de la familia que han sido mandados de la escuela a su casa por motivos de enfermedad. Si usted también se siente enferma/o por favor quédese en casa a descansar. Como usted sabe, los gérmenes de los adultos también pueden infectar a otros.

Todos tenemos la responsabilidad de proteger a todas las personas de la escuela. Si usted trae a un niño enfermo a la escuela o si usted está enferma está tomando el riesgo de infectar a los demás. Nosotros le tendremos que pedir que se regrese a su casa si usted o su niño/niña viene enfermo/a a la escuela.

Yo he leído y entendido la Póliza de enfermedad de Family Connections

Firma

Fecha

Family Connections Póliza de Inmunización (Vacunas)

El Distrito requiere que usted tenga todas las vacunas de su hijo y su prueba de Tuberculosis (válida por dos años) o la radiografía de Tuberculosis (válida por cinco años) en los archivos de la escuela antes de empezar a asistir a Family Connections. Esto es para protegerlo a usted, a sus niños y a las demás familias de enfermedades serias y graves.

Por favor tome la responsabilidad de obtener las vacunas para sus niños y su vacuna de la Tuberculosis ahora. Si usted necesita ayuda con esto hágale saber a vuestra maestra.

Gracias por su ayuda en el esfuerzo de proteger nuestra escuela.

Firma

Fecha



Confidencial

Forma de Información Personal

Por favor marque con un círculo el sitio de Family Connections al que está asistiendo:
Belle Haven: semana o sábados EPA RWC

Family Connections Family Connections es un programa preescolar gratis para usted y su familia. Necesitamos la siguiente información para poder continuar recibiendo los fondos que hacen todo esto posible. Esta información es personal y confidencial.

Nombre: _____

Nombre del niño/a: _____

Relación con el niño/a: _____ Email: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____

Grupo Étnico:

- Africano Americano
- Nativo de Alaska
- Asiático
- Hispano
- Filipino
- Nativo de America
- Islandés del Pacifico
- Blanco
- Otro

Grupo Étnico de Hijos:

- Africano Americano
- Nativo de Alaska
- Asiático
- Hispano
- Filipino
- Nativo de América
- Islandés del Pacifico
- Blanco
- Otro

Ingreso total de su casa:

¿Cual es su entrada económica? _____ Semanal / Mensual (escoja una)

¿Incluyéndose usted, cuántas personas hay en su familia? _____

¿Es el proveedor de ingresos para su familia una mujer? Si / No

¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su familia? _____

Nivel de Educación Completada:

Escuela: K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 años completados.

Graduado: Si / No

Universidad: _____ años completados. Graduado: Si / No

¿Su educación fue terminada en los Estados Unidos? Si / No ¿Si no, en qué país? _____

Patrón: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Yo verifico que la información de arriba es verdadera y correcta.

Firma

Fecha