



Programa de Transición de Verano Futuro alumno de jardín de infantes Formulario de inscripción

NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR:	(El proveedor debe completar esa sección)
NOMBRE DE LA ESCUELA/DEL ESTABLECIMIENTO:	
FECHA DE HOY:	

INFORMACIÓN DEL NIÑO		(Escriba el nombre en letra imprenta como aparece en el acta de nacimiento)	
APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:	
SEGUNDO NOMBRE: (Jr, Sr, II, III,)		SUFIJO DEL NOMBRE:	
NOMBRE CON EL QUE SE LLAMA AL NIÑO:			
NRO. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA):	SEXO: [] M [] F	
DIRECCIÓN:		CONDADO:	
CIUDAD:	ESTADO: GA	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO: ()

¿Necesita cuidado antes y después de la escuela? Sí [] NO []

Marque los servicios que su familia recibe:

Medicaid []

Servicios para niños y padres (Childcare and Parent Services, CAPS) []

Cupones de Alimentos/ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program,SNAP) []

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) []

¿Asistió su hijo al programa de prejardín de infantes de Georgia este año escolar? Sí [] NO []

Nombre de la escuela: _____

¿Estaba su hijo en la lista de espera para el prejardín de infantes de Georgia? Sí [] NO []

Nombre de la escuela: _____

Si su hijo no asistió al programa de prejardín de infantes de Georgia, ¿dónde estuvo su hijo este año escolar? _____ (en el hogar, preescolar privado, preescolar de la iglesia, programa de guardería, Head Start, familiares, etc.)

INFORMACIÓN DEL PADRE/LA MADRE O TUTOR/A		
APELLIDO DE LA MADRE:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN (en caso de ser diferente a la del niño):		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO: ()	CORREO ELECTRÓNICO:	
LUGAR DE TRABAJO:	TELÉFONO DE TRABAJO: ()	
APELLIDO DEL PADRE:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN (en caso de ser diferente a la del niño):		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO: ()	CORREO ELECTRÓNICO:	
LUGAR DE TRABAJO:	TELÉFONO DE TRABAJO: ()	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA *(Persona a quien contactar en el caso de que ni el padre, la madre ni el tutor puedan ser contactados)*

<u>NOMBRE</u>	<u>RELACIÓN</u>	<u>TELÉFONO CELULAR</u>	<u>TELÉFONO ALTERNATIVO</u>	<u>CORREO ELECTRÓNICO</u>
1)				
2)				

Verifico que la información anterior es correcta y entiendo que completar este formulario no garantiza un lugar en el Programa de Transición de Verano (Summer Transition Program, STP) del prejardín de infantes. Si se ubica a mi hijo en el STP, acepto que mi hijo asista al programa durante 6 horas y media por día, durante 23 días de enseñanza. Comprendo que el incumplimiento de estos requisitos de asistencia podría resultar en la cancelación de la inscripción. Entiendo que debo proporcionar toda la documentación necesaria para que se inscriba a mi hijo en el programa.

FIRMA (Padre/Madre o Tutor/a): _____ FECHA: _____

MANUTENCIÓN DEL NIÑO

ARREGLO DE VIVIENDA DEL NIÑO: [] AMBOS PADRES [] MADRE [] PADRE [] OTRO

TUTOR LEGAL DEL NIÑO: [] AMBOS PADRES [] MADRE [] PADRE [] OTRO

EL NIÑO PUEDE SER RETIRADO POR LA(S) PERSONA(S) QUE FIRMEN ESTE ACUERDO O A LA(S) SIGUIENTE(S):

<u>NOMBRE</u>	<u>DIRECCIÓN</u>	<u>NÚMERO DE TELÉFONO</u>

MÉDICO DEL NIÑO O NOMBRE DE LA CLÍNICA (FUENTE DE SALUD PRINCIPAL DEL NIÑO):

TELÉFONO: ()

MI HIJO TIENE LAS SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

LAS SIGUIENTES ADAPTACIONES ESPECIALES PUEDEN SER NECESARIAS PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE MI HIJO MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI HIJO SE ENCUENTRA ACTUALMENTE TOMANDO ESTE MEDICAMENTO RECETADO O TIENE LAS SIGUIENTES ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD PREEXISTENTES:

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD GENERAL

Verifico que la información anterior es correcta y verdadera. Por la presente otorgo permiso para que la información provista en el formulario de registro anterior se entregue al proveedor de prejardín de infantes, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (Department of Early Care and Learning, DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de prejardín de infantes o del DECAL, incluido, entre otros, al Departamento de Educación y a instituciones o universidades de Georgia.

FIRMA (Padre/Madre o Tutor/a): _____

FECHA: _____

AUTORIZACIÓN PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS O VIDEOS

Por la presente otorgo permiso para el proveedor de prejardín de infantes especificado a continuación, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos de Georgia (DECAL) y ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de prejardín de infantes o el DECAL, incluido, entre otros, el Departamento de Educación de Georgia e instituciones o universidades, para registrar la participación y apariencia de mi hijo, _____, en fotografías o videos en relación con las actividades diarias de prejardín de infantes con el propósito de elaborar comunicados de prensa, informes y evaluación del progreso de los niños y del programa. El DECAL y sus contratistas están autorizados a exhibir o distribuir dichas fotografías o videos en su totalidad o en parte sin restricciones o limitaciones para cualquier propósito educativo o promocional que el DECAL considere apropiado. Tales fotografías o videos pueden, por ejemplo, aparecer en materiales impresos o visuales para el DECAL o en el sitio web del DECAL.

El abajo firmante libera, absuelve, perdona y exonera de manera conjunta y solidaria al proveedor de prejardín de infantes, al DECAL y a otras entidades contratadas por el proveedor de prejardín de infantes o el DECAL, de cualquier acción, acuerdo, reclamo, controversia, demanda, juicio, responsabilidad, procedimientos y pleitos, ya sea que surjan en equidad o en derecho con respecto a dicha participación y presencia de dicho niño.

Esta autorización seguirá siendo vinculante para todos los sucesores en interés y representantes personales de las partes, en la medida permitida por la ley.

FIRMA (Padre/Madre o Tutor/a): _____

FECHA: _____