

Forma de Inscripción

El Programa del Puente del Kinder

11 de Junio - 28 de Junio

Fecha de prioridad para matrícula es el: 11 Mayo



- Lugar deseado: Sutter Creek Ione Plymouth
 Jackson Pine Grove Pioneer

En el otoño de 2018, mi hijo estará ingresando:

- Jardín de infancia
 Kinder de transición (TK) * Tenga en cuenta que a los niños que ingresen al Kinder se les dará la primera prioridad para el Programa Summer Bridge. Si el espacio lo permite, los niños TK se inscribirán.

**** Nota Importante:** Una copia de la ficha de vacunas de su hijo es requerida para la inscripción. Por favor incluya una copia con su formulario de Inscripción.

Niño:

Primer Nombre _____ Segundo _____ Apellido _____
Genero: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento: Mes _____ - Día _____ - Año _____

Raza: Blanca Hispano/Latino Asiano Pacific Islander Multi raza
 Afro-Americano Indio-Americanano Otro: _____

Nombre de Padre o Tutor:

Primer Nombre _____ Segundo _____ Apellido _____
Número de teléfono: () _____ Correo Elect: _____

Dirección de Correo: _____ Calle/Correo postal _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección física: (si es diferente de correo)

Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Número de teléfono: () _____

Por favor informe sobre cualquier alergia de comida o problema de salud con su hijo:

Por favor envia a:

Un proyecto de:



First 5 Amador
P.O. Box 815
975 Broadway, Jackson, CA 95642
Fax: (209) 257-1098
Correo-e: sr@first5amador.com
Teléfono: (209) 257-1092



Qué idioma habla su hijo/familia en su casa?

Inglés Español Otra: _____

Está usted interesado en clases de inglés o español?

Sí Marque uno: _____ Español _____ Inglés No



Por favor ponga los nombres de los hermanos y edades:

• _____
• _____
• _____

• _____
• _____
• _____

Hay algún lugar diferente de emergencia al que usted lleve a su hijo/hija si está enferma o cuando usted necesita información sobre la salud (clínica/doctor/...)?

Qué clase de aseguransa tiene usted?

Medi-Cal Healthy Families Aseguransa Privada Otro: _____ Ninguno

Por favor, indique su ingreso que cada miembro recibió el año pasado? (Opcional)

\$10,000 or menos \$10,001 a \$20,000 \$20,001 a \$30,000 \$30,001 a \$40,000

\$40,001 a \$50,000 \$50,001 a \$60,000 \$60,001 a \$70,000 \$70,001 a \$80,000

\$80,001 o más No sabe/No quiere decir

Su hijo a recibido las vacunas recomendadas? Sí No

de _____ Alguien su familia

fuma en su casa? Sí No

Si su respuesta es sí, estaría usted o alguien de su familia interesado en tomar unas clases sobre fumar serán ofrecidas al mismo tiempo que el programa del Puente?

Sí No

Qué información le gustaría a usted obtener? (Escoja una o más)

Nutrición

Comportamiento

Escolar

Sobre padres

Actividad física

Prevenir Enfermedades

Cuando dejar a su hijo en casa

Otra Cosa (describa abajo)

Su doctor o otra especialista le a dicho que su hijo tiene un retraso mental, cuidados especial o alguna otra deshabilitad? (Marque abajo)

Trastorno emocional

Una deshabilitad de aprendizaje

Autismo

Lenguaje

Sordera

Vista o Lision

Otro: _____

No habilidades especiales

Tiene su hijo un IEP? Sí No En caso afirmativo, ¿para qué sirve el IEP? _____

Tiene alguna preocupación sobre el desarollo de su hijo que le gustaría que el professor tuviera encuenta? _____

Preguntas sobre su hijo:

Tiene algo que le gustaría que la maestra supiera sobre su hijo?

Qué piensa que su hijo le gustaría que su maestra supiera de el/ella?

Su hijo estuvo en un pre-escolar más de seis meses? Sí No

Cual es la escuela y el tiempo? (Es opcional) _____

Su hijo estuvo en un day care? Sí No

Si su respuesta es si, que lugar y cuanto tiempo? (Es opcional)

Cuando su hijo/hija esta contenta como lo demuestra?

Cuando esta triste como lo demuestra? _____



Nosotros les pedimos a los padres ser voluntarios:

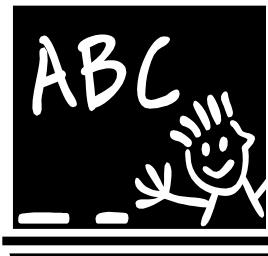
Es muy importante para su hijo estar un tiempo lejos de usted. Por eso no es recomendado esta de voluntario todos los día, pero ayuda en la clase es muy bien recibida.

También es importante que visite el salón para ver lo que pasa.

Por favor pregúntele al maestro como puede ayudar.

Su hijo estará muy contento.

Como se entero sobre el Programa del Puente? _____





FORMATO DE CONCESION DE DERECHO A FOTOGRAFIA INFANTIL

First 5 Amador, PO Box 815, Jackson, CA 95642 (209) 257-1092

Yo, por este medio, concedo a Ustedes y a cualquiera designado por Ustedes y sus Licenciados y designados el derecho a fotografiar y/o filmar mi hijo(a) _____ (Nombre completo del niño(a), en conexión con First 5 de Amador y la transición al programa òBridgeö durante Junio del 2018 y a usar las fotografías y/o videos así obtenidos en la forma en que cualquiera de las partes así decida.

Estoy de acuerdo en que dichas fotografías, video y comentarios escritos son y serán de su única y exclusiva propiedad, para todos los propósitos a través del mundo incluido, pero no limitado, a la fabricación, distribución, exhibición y venta de películas para usos no comerciales, para propósitos de afiches, tarjetas postales, álbumes productos similares que Ustedes o cualquiera a quien Ustedes designen sin responsabilidad u obligación para mi. Estoy de acuerdo en que no hare valer ningún reclamo o acción en contra de Ustedes o sus sucesores, licenciados asignados o a cualquiera asignado por Ustedes para usar tales fotografías, videos, grabaciones y comentarios escritos en los campos de dicho anuncios o publicidad relacionada que viólelos derechos o la privacidad de los niños o que viole cualquier otro derechos contenidos en el documento arriba descrito y que el/ella no seria fotografiado(a)/filmando(a) sino por mi ejecución de este documento.

Yo, por este medio, renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o aprobación de cualquier uso de ello e irrevocablemente libero a Ustedes y cualquiera de su divisiones de cualquier responsabilidad (Para compensaciones o lo demás) provenientes de o en conexión con el uso del nombre de mi niño), apariencia, y/o comentarios. Yo, por este medio, libero a First 5 Amador, sus socios, afiliados, sucesores y designados junto con sus empleados, directores, representantes, agencias y licenciados de cualquier responsabilidad en conexión con el uso de cualquiera de estas imágenes.

Firma del Padre o Guardián

Nombre del Padre o Guardián

Dirección Postal

Ciudad, Estado, Código



FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE EVALUACIÓN

First 5 Amador, PO Box 815, Jackson, CA 95642 (209) 257-1092

Yo, por este medio, estoy de acuerdo en liberar, por las evaluaciones, a mi hijo(a) _____ (nombre completo del

niño(a), en conexión con First 5 de Amador y la transición al programa òBridgeö de kindergarten durante Junio del 2018. Estas evaluaciones ayudaran a sus profesores de kínder a tener una mejor dirección en que aéreas están más desarrollados al entrar al colegio y serán solamente dados al personal del Distrito Escolar de Amador.

Firma del Padre o Guardián

Nombre del Padre o Guardián

Dirección Postal

Ciudad, Estado, Código



Información De Emergencia

Por Favor Todos Los Artículos

Nombre completo legal del estudiante _____

Primer

Segundo

Último

Fecha de nacimiento (Mes/Día/año) _____

Masculino

Femenina

Apartado postal _____ Ciudad _____ Código _____

Dirección física _____ Ciudad _____ Código _____

El estudiante vive con: (Compruebe todos aplicables) Madre Padre Madrasta Padastro Abuelos Otro: _____

¿Divorciado o se separado a quien la corte ha concedido custodia? _____

Madre o guardian _____ Teléfono casero _____ Célular _____

Padrón _____ Ciudad _____ Teléfono de trabajo _____

Padre o guardian _____ Teléfono casero _____ Célular _____

Padrón _____ Ciudad _____ Teléfono de trabajo _____

Correo electrónico del parente/madre/guardian _____

Contactos locales para emergencia. Si mi niño está enfermo o hay una emergencia y no puedo ser contactado, llame por favor: (Sólo las personas nombradas abajo serán permitidas para recojer a niño de la escuela sin el permiso anterior de padre.)

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ Célular _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ Célular _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ Célular _____

Información de la salud

Entiendo que First 5 Amador no proporcione la aseguranza médica de accidente para los estudiantes.

Nombre de seguro médico _____ Nombre de médico _____

1. Hay información de la salud que usted quisiera compartir con el personal de la escuela? Sí No

Si sí, explique por favor _____ Esta condición requiere medicación? Sí No

2. Su hijo tiene alergias a comidas que requerirían la atención médica inmediata? Sí No

Alergias: _____

3. Toma su hijo receta médica en caso de escuela? Sí No Cuál es: _____ Cuándo se toma?

* La autorización escrita del doctor y la petición del parente deben acompañar todas las prescripciones y las medicaciones de tiendas.

Otros niños en la familia que vive en casa

Yo doy mi consentimiento de información de salud al personal de la escuela y a los adultos que tengan custodia del cuidado de mi hijo/hija, y a quien nese-

Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela

cite la información para mantener a mi hijo/hija cuidado y sano. En algún evento de emergencia, cuando no puedan comunicarse con los padres o guardianes, yo doy permiso a el personal de la escuela que haga la decisión para que mi niño/niña reciba la atención debida y necesaria, incluyendo transporte si es necesario. Yo autorizo el doctor nombrado en la parte de arriba de esta hoja que mi hijo/hija reciba la atención médica que sea necesaria. En el evento que ese doctor no esté disponible, yo doy mi autorización para que un doctor o cirujano haga el tratamiento necesario, para mi hijo/hija.

Firma de parente o guardian _____

Fecha _____

ES SU RESPONSIBILIDAD PARA NOTIFICAR LA ESCUELA DE CAULQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN DADO ARRIBA.