



Verano El Programa De Transición 2018

Forma De Registración

Georgia Department of Early Care and Learning

EL NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR:	(Esta sección sería entrada por Proveedor)
EL NOMBRE DE LA ESCUELA O SITIO:	

INFORMACION DEL NIÑO		(Por favor escribe el nombre que aparece en el certificado de nacimiento.)	
APPELLIDO:			
EL PRIMER NOMBRE:			
EL NOMBRE MEDIO:		NAME SUFFIX:	(Jr, Sr, II, III, ...)
NOMBRE QUE EL NINO O NINA ES LLAMADO:			
NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA):	SEX: []M []F	
DIRECCION DE DOMICILIO:		CONDADO:	
CUIDAD:	ESTADO: GA	CODIGO POSTAL:	TELEFONO DE CASA: ()

<p>Su hijo/a es un ciudadano Americano? SI NO</p> <p>Si no, ella o el a adquirido como un extranjero legalmente calificado? SI NO</p> <p>Usted necesita cuidado para su hijo/a antes o después de la escuela? SI NO'</p> <p>Circule cualquier servicios que su familia reciba:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicaid Cuidado de Niños y Servicios para Padres (CAPS) Estampillas de Comida Asistencia Temporaria para Familias Necesitadas (TANF)

LA INFORMACION DEL PADRE O LA MADRE/EL GUARDIAN O LA GUARDIANA		
APELLIDO DE LA MADRE:	PRIMERO:	INICIAL MEDIANO:
DIRECCION DE DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NINO):		
CUIDAD:	ESTADDO:	CODIGO POSTAL:
TELEFONO DE CASA: ()	TELEFONO DE DIA: ()	
LUGAR DE EMPLEO:		
Dirección:		
Cuidad:	Estado:	Código Postal:
APELLIDO DEL PADRE:	PRIMERO:	INICIAL MEDIANO:
DIRECCION DE DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NINO):		
CUIDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
TELEFONO DE CASA: ()	TELEFONO DE DIA: ()	
LUGAR DE EMPLEO:		
Dirección:		
Cuidad:	Estado:	Código Postal:

INFORMACION DE UN CONTACTO DE EMERGENCIA (Persona para contactar en caso de que cualquier padre/guardian no se pueda contactar)

<u>NOMBRE</u>	<u>RELACION</u>	<u>TELÉFONO DE DIA</u>	<u>ALTERNATE TELEFONO</u>	<u>EMAIL</u>
1)				
2)				

L: Yo verifico que esta información es correcta, y entiendo que presentando este formulario no me garantiza la colocación en una clase de Pre-Kínder. Si mi niño(a) es colocado en el Programa de Verano, yo entiendo que mi niño(a) asistirá al programa por 6.5 horas cada día, 5 días por semana, por 6 semanas. Entiendo que si no conformo con estos requisitos de asistencia, podría resultar en que mi niño(a) no continuara en la clase. Yo entiendo que para registrar a mi niño(a) en el programa necesito documentación apropiada.

FIRMA (Padre/Guardián): _____ **FECHA:** _____

MANTENIMIENTO DEL NIÑO

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO: DOS PADRES MADRE PADRE OTRO

GUARDIAN LEGAL DEL NIÑO: DOS PADRES MADRE PADRE OTRO

EL NINO PUEDE SER DADO A LAS PERSONA(S) QUE HAN FIRMADO ESTE ACUERDO O A LOS SIGUIENTES:

<u>NOMBRE</u>	<u>DIRECCION</u>

DOCTOR DEL NIÑO O NOMBRE DE LA CLINICA (CENTRO DE SALUD PRIMORDIAL DEL NIÑO):
PHONE: ()

MI HIJO/A TIENE LAS SIGUIENTES NECIDAD(ES) ESPECIALES:

LAS SIGUIENTES COMODIDAD(ES) ESPECIALES PUEDEN SER REQUERIDAS PARA EFICIENTEMENTE SATISFACER NECESIDADES DE MI HIJO/A CUANDO ESTE EN ESTE CENTRO:

MI HIJO/A ESTA ACTUALMENTE TOMANDO LOS SIGUIENTES MEDICAMIENTO(S) RECETADO POR UN TIEMPO LARGO O CONTINUAMENTE Y/O TIENE LOS SIGUIENTES PRE-EXISTENTE ALERGIAS, ENFERMEDAD, O PREOCUPACIONES DE SALUD:

LIBERACION GENERAL

Confirmando la información arriba indicada es correcta y verdadera. Por la presente doy permiso para que la información proporcionada en el formulario de registro anterior sea distribuido al proveedor de Pre-K, el Departamento de Atención Temprana y Aprendizaje (DECAL), y ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitado a el Departamento de Educación de Georgia y colegios/universidades.

FIRMA (Padre/Guardián): _____

FECHA: _____

PERMISO PARA FOTOGRAFIAS/VIDEOS

Yo doy permiso para que el proveedor de Pre-K especificado continuación, el Departamento de Georgia de Atención Temprana y Aprendizaje (DECAL), y ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitado al Departamento de Educación de Georgia y colegios/universidades, para registrar la participación y la apariencia de mi hijo/a,

_____, por fotografía y / o video, en relación con las actividades

diarias de Pre-K a los efectos de los comunicados de prensa, informes, y evaluación del progreso de los niños y el programa. DECAL y sus contratistas están autorizados a exhibir o distribuir dicha fotografía (s) y / o video en su totalidad o en parte sin restricciones o limitaciones para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL estime conveniente. Dicha fotografía (s) y / o video pueden ser, por ejemplo, aparecen en los materiales impresos o visuales para DECAL y / o en la página web de DECAL.

El que suscribe conjuntamente y solidariamente libera, absuelve, perdona, y descarga el proveedor de Pre-K, DECAL, y otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, de cualquier acción, acuerdos, reclamaciones, controversias, demandas, juicios, responsabilidades, y procedimientos, tanto si se producen en la equidad o de derecho en relación con dicha participación y la apariencia por dicho niño/a. Este comunicado resultará vinculante para todos los sucesores en interés y los representantes personales de las partes, en la medida permitida por la ley.

AUTORIZACIÓN de participación en un estudio

El Departamento de Cuidado y Aprendizaje de Primera Infancia (Department of Early Care and Learning, DECAL) va a evaluar el Programa de Transición de Verano de Pre-Kindergarten Emergente. Como parte de este estudio, es posible que los investigadores del Instituto FPG de Desarrollo del Niño de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill evalúen a un pequeño grupo de niños que participan en el programa. Todas las evaluaciones son apropiadas para este grupo de edad y consisten en actividades de juego que requieren que los niños demuestren sus capacidades verbales, matemáticas y generales. Todos los datos son completamente confidenciales y ningún niño será nombrado ni identificado en ningún informe. Si se selecciona a su hijo, el equipo del FPG le enviará una carta con su niño el día de la evaluación, junto con un libro como muestra de agradecimiento.

SÍ, por medio de la presente, autorizo que mi niño participe en la evaluación relacionada con el Programa de Transición de Verano de Pre-Kindergarten Emergente que el Departamento de Cuidado y Aprendizaje de Primera Infancia y la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill van a hacer. Entiendo que todos los datos que se reúnan son solo para propósitos de evaluación y que en ningún momento se identificará individualmente a mi niño.

NOMBRE (padre, madre o tutor legal): _____
Nombres Apellidos

FIRMA (padre, madre o tutor legal): _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____
Nombres Apellidos

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO: __/__/____
mes / día / año

SEXO DEL NIÑO: MASCULINO FEMENINO

FECHA DE HOY: __/__/____
mes / día / año

NO, no deseo que mi niño participe en esta evaluación.

NOMBRE (padre, madre o tutor legal): _____
Nombres Apellidos

FIRMA (padre, madre o tutor legal): _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____
Nombres Apellidos

FECHA DE HOY: __/__/____
mes / día / año