



Georgia Department of Early Care and Learning

Creciente Pre-Kínder Verano El Programa De Transición 2019 Forma De Registración

| | |
|----------------------------------|--|
| 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: () |

Su hijo/a es un ciudadano Americano? SI NO

Si no, ella o el a adquirido como un extranjero legalmente calificado? SI NO

Usted necesita cuidado para su hijo/a antes o después de la escuela? SI NO'

Circule cualquier servicios que su familia reciba:

- 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 | | |
|--|----------------------|------------------|
| APPELLIDO 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: |
| APPELLIDO 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>RELACIÓN</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 NIÑO 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 NECESIDAD(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 MEDICAMENTO(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.