



SUNSHINE'S PLACE, INC.

211 Acushnet Avenue
PO Box 2005
New Bedford, MA 02740
508-984-7373

Estimada Familia

Gracias por su interes en Sunshine's Place, Inc. Esperamos que usted y su hijo(s) disfruta de nuestras instalaciones tanto como nosotros. Para inscribir a tu niño(s) en el centro, necesitaremos completar el siguiente proceso:

- ___ Una solicitud completa: todas las páginas firmadas y con fecha
- ___ El examen físico de su hijo(a) dentro del año en curso y el registro de vacunas.
- ___ Una copia del acta de nacimiento o un resumen.
- ___ Un formulario de elegibilidad del programa completo para el programa de alimentos
- ___ Un "voucher" si aplica en su caso
- ___ Al menos una muda de ropa que se guardará en el centro en caso de accidentes.
- ___ Se requiere un aviso de 2 a 3 días de anticipación para organizar la transportacion, si aplica en su caso.
- ___ Asiento de seguridad para niños que pesan menos de ochenta libras
- ___ Una conferencia con la Director/Maestro Principal antes de inscribirse

Una vez que el proceso de solicitud esté en marcha, lo invitamos a visitar nuestros salones con su hijo durante el horario del programa para ver nuestra escuela en funcionamiento antes de que su hijo se inscriba.

Esperamos tener la oportunidad de trabajar con usted y su familia.

Atentamente,

Yakiria Garcia (Director) and Jacquelyn M. Ramos (Executive Director)

SUNSHINE'S PLACE, INC

211 Acushnet Avenue
PO Box 2005
New Bedford, MA 02740
508-984-7373

FOTO DEL NINO

Paquete de Registración de grupos y niños en edad escolar

Por favor, complete este formulario en su totalidad. Si una de las preguntas no le aplica a su hijo, escriba N/A. este formulario debe ser devuelto al programa antes o el primer día de inicio del niño. Por favor notifique a la administradora si hay algunos cambios en la información. Se les pedirá que revisen este paquete y lo actualicen anualmente.

Información del niño/a

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad actual: _____ Fecha de Admisión: _____

Dirección del niño: _____

Número de teléfono: _____

Lenguaje primario: _____

Alergias, dietas especiales, ¿o enfermedades crónicas?: -

¿Limitaciones especiales o preocupaciones?:

Información del padre o guardián.

Nombre del padre o guardián: _____

Relación con el niño? : _____

Dirección de Casa: _____

Número de teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del trabajo: _____

Dirección del trabajo: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

Horas en el trabajo: _____

Nombre del padre o guardián: _____

Relación con el niño? : _____

Dirección de Casa: _____

Número de teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del trabajo: _____

Dirección del trabajo: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

Horas en el trabajo: _____

Información Adicional:

¿Hay algún acuerdo de custodia, órdenes judiciales y órdenes de restricción relacionadas con este niño?

SI / NO

si es así, por favor entregar una copia. (el programa no puede restringir legalmente la participación de los padres, compartir información o recoger sin una copia de cualquier documentación legal relevante)

Información escolar:

Escuela actual: _____

Dirección de la escuela: _____

Número de teléfono de la escuela: _____

Transportación:

Mi hijo/a llegara al programa con:	AM	PM	Mi hijo/a partirá del programa con:	AM	PM
Padre/Guardian			Padre/Guardián		
Caminata supervisada			Caminata supervisada		
Caminata no supervisada			Caminata no supervisada		
carro público o privado			carro público o privado		
Bus escolar			Bus escolar		
Bus o carro contratado			Bus o carro contratado		
Transportación privada			Transportación privada		
otro			otro		

Consentimiento de primeros auxilios y de atención médica de emergencia

- Autorizo al personal del programa de cuidado infantil que esté capacitado en los principios básicos de primeros auxilios / RCP para que le den a mi hijo los primeros auxilios / RCP cuando sea apropiado.
- Entiendo que se hará todo lo posible para contactarme en el caso de una emergencia que requiera atención médica para mi hijo. Sin embargo, si no me pueden contactar, por lo presente autorizo al programa para que transporte a mi hijo a la instalación de atención médica más cercana y / o _____ para asegurar el tratamiento médico necesario para mi hijo

Médico del niño: _____

Dirección: _____

Alergias/dietas especiales? : _____

¿Condiciones de salud crónicas? Si es así por favor proveer un plan de salud individual:

Medicamentos regulares: _____

Contactos de emergencia:

Nombre: _____

Dirección de casa: _____

Relación con el niño: _____

Número de teléfono: _____ Celular: _____

¿Da usted permiso para que el niño sea entregado a esta persona? SI ____ NO ____

Nombre: _____

Dirección de casa: _____

Relación con el niño: _____

Número de teléfono: _____ Celular: _____

¿Da usted permiso para que el niño sea entregado a esta persona? SI ____ NO ____

Nombre: _____

Dirección de casa: _____

Relación con el niño: _____

Número de teléfono: _____ Celular: _____

¿Da usted permiso para que el niño sea entregado a esta persona? SI ____ NO ____

cobertura de seguro de salud _____ número de póliza _____

nombre del suscriptor _____ telefono _____

Sunshine's Place Inc.
211 Acushnet avenue
PO Box 2005
New Bedford, MA 02740
508-984-7373

Nombre de niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirreccion: _____

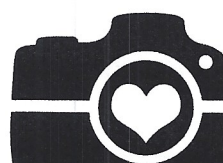
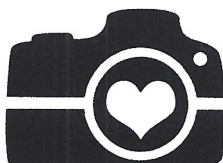
Yo, _____ le doy permiso a mi hijo/a _____

Para ir a caminar a cualquier gira planeado por Sunshine's Place dentro del pueblo, no requiero aviso anterior ni escrito o verbal para estas giras. Por ejemplo, los niños pueden caminar a la librería de New Bedford o a Kennys Tot Lot, un parquecito que queda cerca del cuido.

Yo entiendo que recibiré por lo menos dos días de aviso para cualquier gira lejos del cuido.

Firma de padre

Fecha



Queremos hacer memorias que incluye a su hijo/a. Usted nos daría el permiso para tomarle fotos mientras este en este cuido? Algunos de las fotos los mandaria a la casa con su hijo/a de vez en cuando como recuerdos. También los ponemos en las paredes del cuido para que los niños los vean.

____ Si, Doy permiso a Sunshine's Place para que le tomen fotos a mi hijo/a como parte de el programa de actividades del cuido.

____ No, No doy permiso para que le tomen fotos a mi hijo/a.

Firma del padre

Fecha

Educa a un niño y cambia una vida para siempre.