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 inscriber 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)

FOTO DEL NINO

SUNSHINE'S PLACE, INC

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

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:**_____

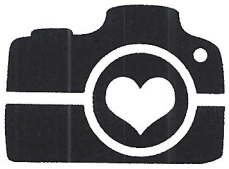
Dirrecion:_____

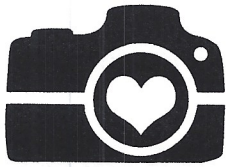
Yo, _____ **le doy permiso a mi hijo/a** _____
Para ir a caminar a cualquier gira planeado por Sunshine's Place dentro del pueblo, no requiero aviso anterior ni escrito o verbal para estas giras. Por ejemplo, los niños pueden caminar a la librería de New Bedford o a Kennys Tot Lot, un parquecito que 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.

SUNSHINE'S PLACE, INC

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

Historia del desarrollo e información de fondo

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

*proporcione información para bebés y niños pequeños (marcados *) según corresponda a la edad de su hijo*

Historia del desarrollo

A qué edad comenzó a sentarse: _____Gatear: _____ Caminar: _____

Hablar_____

*Su hijo puede pararse?:_____ *Gatear_____ *Caminar con soporte: _____

¿Tiene dificultad de habla?:_____

Palabras especiales para describir necesidades: _____

Idioma hablado en casa: _____

Tiene algún historial de cólicos? :_____

¿Su hijo usa chupete (bobo) o se chupa el dedo? _____

Cuando: _____

¿Tiene su hijo un momento difícil?:_____

Cuando: _____

cómo manejas esa situación? :_____

SALUD

Hubo complicación conocida al nacer: _____

Enfermedad grave o hospitalizaciones: _____

Condiciones físicas especiales:

_____

Discapacidades: _____

¿Alergias? (ejemplo: asma, fiebre del heno, picaduras de insectos, medicina, reacciones a los alimentos)
:_____

_____

Medicamentos regulares: _____

Hábitos alimenticios

características especiales o dificultades: _____

* si el bebé está en una fórmula especial, describa su preparación en detalle:

_____

_____

comidas favoritas: _____

alimentos rechazados: _____

su hijo se alimenta cargado?: _____ silla alta: _____

su hijo come con cuchara?:_____ tenedor: _____manos: _____

Relaciones sociales

¿Cómo describirías a tu
hijo?:_____

_____

Experiencia previa con otras configuraciones de cuidado infantil:

_____

_____

Cómo reacciona a extraños: _____

Es capaz de jugar solo? :_____

Juguetes y actividades favoritas:

_____

Miedos: _____

¿Cómo consuela a su hijo?:_____

¿cuál es el método de manejo de comportamiento / disciplina en casa:

_____

_____

¿Qué le gustaría que su hijo obtenga de esta experiencia en el cuidado de niños?:_____

_____

Rutina diaria

por favor describa el horario de su hijo en un día típico. para los bebés, incluya despertar, comer, tiempo de cuna / cama, dormir la siesta, hábitos de aseo, tiempo molesto, noches, etc.:

_____

_____

_____

_____

_____

¿Hay algo más que deberíamos saber sobre su hijo?
:_____

_____

_____

Firma Padre/Guardián:_____ Fecha_____