

# El Centro: Un Centro Comunitario de Recursos y Aprendizaje sin Cita Previa, Inc.

Solicitud de inscripción revisada el 13.5.2024

Tarifas de solicitud: \$ 50 (no reembolsable)

## (1) Selección de

- Programa de atención previa (7:00 a.m.-9:00 a.m. Intermedia)  Programa de Enriquecimiento de Verano (K-Grados de Escuela 8:00 a.m.-4:00 p.m.)
- Programa después de la escuela (Pre-K-Middle School) 2:30-5:30PM p.m.)  Programa de Educación Infantil (8:00 a.m.-3:00 p.m.)
- Año escolar  Verano

## (2) Información del

Del niño Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Hembra

Dirección: \_\_\_\_\_ Apropiado. # \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela del niño: \_\_\_\_\_ Grado del niño (actual): \_\_\_\_\_

Seleccione una "Raza" y responda sí o no en Hispano/Latino y si responde sí; por favor, proporcione el origen étnico / país de origen de su hijo.

### "Categorías de carreras"

- BLANCO  
 Negro/Afroamericano  
 Asiático  
 Indio Americano/Nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái / Otro isleño del Pacífico  
 Asiático y blanco  
 Negro/Afroamericano y Blanco  
 Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco  
 Indio Americano/Nativo de Alaska y Afroamericano Negro  
 Otros multirraciales: \_\_\_\_\_

NO

### Hispano o latino

- NO  Sí-  
 Sí-  
 NO  Sí-  
 NO  Sí-  
 NO  Sí-  
 NO  Sí-  
 NO  Sí-  
 NO  Sí-  
 NO  Sí-  
 NO  Sí-  
 NO  Sí-

### Etnia/País de origen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## (3) Historial médico del

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes afecciones o inquietudes médicas? Marque todas las casillas que correspondan.

Tipo de Discapacidades de Aprendizaje

- Asthma  
 Glasses  
 Hearing aid needed  
 Frequent Bloody Nose  
 Epi-Pen use  
 ADD or ADHD (Hyperactivity)

Medication \_\_\_\_\_

- Allergic reactions to:  
\_\_\_\_\_  
 Other serious medical conditions  
Please explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Learning Disabilities  
Type \_\_\_\_\_  
 Special education at school  
Does your child have an I.E.P.?  Yes  No  
(If you answered yes, please provide a copy of the plan to the Center.)  
 504 Plan

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico \_\_\_\_\_

Médico Address \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del dentista \_\_\_\_\_ Número de teléfono del dentista \_\_\_\_\_

Dentista Address \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal

**(4) Información del tutor**

¿Es este niño un pupilo del Estado?  SI  NO Nombre del trabajador social: \_\_\_\_\_ Phone Número: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del niño): \_\_\_\_\_ ciudad/estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Extensión del trabajo: \_\_\_\_\_

Celular/Localizador: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del niño): \_\_\_\_\_ ciudad/estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Extensión de trabajo: \_\_\_\_\_

Celular/Localizador: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**(5) Información de contacto de**

*(Se requieren dos contactos que no sean los tutores legales).*

**(1) Contacto de emergencia principal y nombre de recogida (no puede ser tutor):**

\_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular/Buscapersonas: \_\_\_\_\_

**(2) Contacto de emergencia secundario y nombre de recogida (no puede ser tutor):**

\_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular/Buscapersonas: \_\_\_\_\_

**(6) Estados Financieros**

Asistencia financiera recibida (*marque todas las que correspondan*):

- TANF       Cupones de alimentos       Asistencia General       Discapacidad del Seguro Social       Ingresos del Seguro Social  
 Compensación para Veteranos       Cuidado 4 Niños       Pensión alimenticia

Ingresos anuales

<b>Family Size</b>	<b>Weekly Income</b>	<b>Bi-Weekly Income</b>	<b>Annual Income</b>

## (7) Comunicado general

El niño es lo primero Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido del niño: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, el tutor legal de \_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del tutor legal) (Escriba el nombre del niño)

Por la presente, libera a *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*, y a cualquier organización con la que pueda contratar servicios, de toda responsabilidad por cualquier lesión que pueda ocurrirle a mi hijo durante *los programas y actividades de The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*. Entiendo que este programa es educativo y recreativo, y por la presente certifico que mi hijo goza de buena salud y puede participar en todos los aspectos de las actividades del programa, excepto como se indica por escrito y se incluye en este formulario.

Doy permiso para que mi hijo participe en:

- El proveedor de cuidado infantil tiene mi permiso para transportar a mi hijo, si es necesario, cuando mi hijo está bajo cuidado.
- Excursiones ya sea a pie, en furgoneta o autobús.
- Las clases de computación y yo revisaremos las políticas y procedimientos del Manual para Padres y discutiremos las políticas y el uso aceptable de la computadora e Internet con mi hijo(a).

Autorizo al Distrito de Escuelas Públicas de New London a entregar todos y cada uno de los registros médicos y/o educativos relacionados con mi hijo a *The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center*. Entiendo que esta información se utilizará para cumplir con los requisitos de salud estatales y para evaluar las necesidades académicas y de acondicionamiento físico y el rendimiento de mi hijo. Además, doy mi consentimiento a *The Center: A Drop-In Community Learning Center* para evaluar el impacto de la programación en el progreso académico y el desarrollo social de mi hijo a través de la investigación y el uso de prácticas basadas en la evidencia.

Autorizo *El Centro: Un Centro Comunitario de Recursos y Aprendizaje* el derecho a usar fotografías y otros registros de la imagen, la voz y los sonidos de mi hijo durante su participación, y a reutilizar o licenciar el derecho a reutilizar dichas fotografías y grabaciones de su nombre, imagen y biografía, en todos los medios y en todas las formas, incluyendo, pero no limitado a, su participación en programas y actividades, sin compensación para mí ni limitación alguna.

**Manejo del comportamiento:** promovemos un sistema positivo de manejo del comportamiento basado en el elogio, el humor, el modelado, la redirección y la elección. Si un niño no responde a estas estrategias, el miembro del personal emitirá una advertencia verbal. Si el comportamiento continúa, emita una segunda advertencia e indique las consecuencias si el comportamiento continúa. Después de la segunda advertencia, el personal puede:

- Iniciar un tiempo de espera por un período de tiempo que sea apropiado para la edad (el número de minutos no debe exceder la edad del niño)
- Limite la participación en actividades
- Revocar privilegios
- Comuníquese con los padres

No se tolerarán los siguientes comportamientos: peleas, robos, vandalismo, intimidación, extorsión y desafío. Las consecuencias de dicho comportamiento pueden incluir:

- Suspensión del programa
- Reparación de daños y perjuicios
- Expulsión del programa
- Registre cualquier intervención en el expediente del participante.
- Después de cualquier intervención disciplinaria, pídale al niño que identifique el comportamiento que justifica la intervención, así como los comportamientos apropiados para usar la próxima vez.

**Métodos de disciplina:**

- Se animará a los niños a pensar en soluciones o alternativas para su propia mala conducta. Esto permite que el niño acepte la responsabilidad de sus propias acciones.
- Los niños serán redirigidos de un comportamiento inapropiado y sin objetivo a una experiencia más constructiva y exitosa mediante el uso de opciones apropiadas.
- Los niños serán retirados de una situación provocadora. Esta técnica les da a los niños la oportunidad de tomar el control de sí mismos. Si el niño pierde el control y/o representa un peligro para sí mismo o para otros niños, será enviado al Director o al Director Ejecutivo. El objetivo es preservar la autoestima del niño, no explotarlo ni degradarlo. El niño decide cuánto tiempo necesita antes de regresar al grupo.

Autorizo a The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center, para que se le brinde toda la atención médica necesaria a mi hijo en caso de una emergencia. Entiendo que se pondrán en contacto conmigo lo antes posible, en caso de que surja una emergencia de este tipo.

Firma del guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Revisión Anual de la Solicitud**

Fecha de revisión de la solicitud: \_\_\_\_\_. Firma del guardián \_\_\_\_\_

Fecha de revisión de la solicitud: \_\_\_\_\_. Firma del guardián \_\_\_\_\_

Fecha de revisión de la solicitud: \_\_\_\_\_. Firma del guardián \_\_\_\_\_

Si necesita actualizar alguna información sobre esta solicitud, solicite un formulario de cambio de información.

**No escriba a continuación \* SOLO PARA USO DE OFICINA \* No**

Formularios de autorización

	Date Received	Staff Initials	Comments
<input type="checkbox"/> \$50 Application Fee			
<input type="checkbox"/> Nutrition Form			
<input type="checkbox"/> Care 4 Kids Application			
<input type="checkbox"/> Current Paychecks			
<input type="checkbox"/> Student Health Records			
<input type="checkbox"/> Birth Certificate (ECEP Only)			
<input type="checkbox"/> Potassium Iodide Authorization Form			
<input type="checkbox"/> Release Forms			