

INSCRIPCIÓN PARA EL PROGRAMA DE ENRIQUECIMIENTO PREESCOLAR (Pre-K)

JCPRD 2020-21 (Shawnee Mission)

Nombre del Participante		Fecha de Nacimiento	
Localidad Escolar		Fecha Inicial	
Opción de Pago (Marque una)		Barra de Código	
Cobro de inscripción completa	<input type="checkbox"/>	Cobro de pagos semanales	<input type="checkbox"/>
		Office Use Only	

Días de Asistencia (Marque los días)							
<i>*Los días deben ser consistentes*</i>							
Lun	<input type="checkbox"/>	Mar	<input type="checkbox"/>	Miér	<input type="checkbox"/>	Jue	<input type="checkbox"/>
Vier	<input type="checkbox"/>						
OPCIONES DEL PROGRAMA							
Antes de escuela	<input type="checkbox"/>	Pre-K AM	<input type="checkbox"/>	Pre-K PM	<input type="checkbox"/>	Después de escuela	<input type="checkbox"/>
¿Es usted elegible para descuento por tener a más de un niño en el programa?							
No	<input type="checkbox"/>	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre de hermano(s) adicionales matriculados: _____			

Instrucciones para Inscripción

1. **Someta las formas firmadas y completadas (6 páginas) a JCPRD antes de la fecha de comienzo:**
 - Escanee y envíe vía correo electrónico a lisa.hughes@jocogov.org , o...
 - Envíe vía correo postal o visite nuestras oficinas en Antioch Park: 6501 Antioch Road, Merriam, Kansas 66202
2. Recibirá confirmación vía correo electrónico dentro de 2 a 3 días laborables, indicando que la matrícula ha sido procesada. Si no ha recibido un correo electrónico luego de 3 días laborables y haber verificado que el correo no haya pasado a su carpeta de correo no deseado, llame por favor a nuestras oficinas de registración (913-831-3359) para verificar su matrícula.
3. Debido a la transición del software de registro, la tarifa de la matrícula será recaudada en una fecha posterior. Recibirá un correo electrónico después del 1ero agosto con instrucciones adicionales en relación a los pagos.

Enrollment Accepted by JCPRD

Signature _____

Date _____

Plazos de las cuotas del programa Preescolar de Enriquecimiento 2020-21 (Pagos semanales, antes del comienzo del programa)

Opciones del programa	Tiempo completo (4-5 días/semana)		Tiempo parcial (2-3 días/semana)		Tarifa de registración <small>(pagadero al completar paso 3 arriba)</small>
	1 ^{er} niño	10 de descuento para 2 ^o niño	1 ^{er} niño	10 de descuento para 2 ^o niño	
Antes de la escuela solamente	\$38.00		\$35.00		\$30.00
Después de la escuela solamente	\$71.00		\$61.00		\$30.00
Pre-K solamente	\$80.00		\$63.00		\$30.00
Pre-K y antes de la escuela	\$100.00		\$80.00		\$30.00
Pre-K y después de la escuela	\$105.00		\$92.00		\$30.00
Antes/Pre-K/después	\$110.00		\$109.00		\$30.00

• Las tarifas no son reembolsables ni transferibles. • TODAS las formas requeridas deberán someterse antes de la fecha del comienzo del programa. • Las tarifas no serán prorrateadas.

• Los días de asistencia al programa a tiempo parcial deberán ser consistentes • El descuento de tarifa al 2do niño se aplicará a la opción de menor costo • La cuota de \$25 de registración es pagadera al finalizar el proceso de matrícula. • Una tarifa de \$ 15 se aplicará por cambios a las opciones del programa llevados a cabo luego de ser inscritos • Las familias son responsables de revisar el manual del programa preescolar donde se encuentran los términos, procedimientos y políticas pertinentes a la inscripción.



Formulario de Autorización para Pagos Periódicos del Programa de Servicios para Niños de JCPRD

Forma de Autorización para Pagos Periódicos del Programa de Servicios para Niños de JCPRD

Entiendo que debo llamar a la oficina de registración de JCPRD al teléfono señalado abajo y proveer información de mi tarjeta de crédito o débito para completar la autorización de pagos periódicos dentro de dos días laborables, después de haber sido recibida la confirmación de mi registración. Al completar este formulario, autorizaré cargos periódicos regulares a su Visa, Mastercard, Discover, **o cuenta bancaria (vía ACH)**. Se hará un cargo a su cuenta de acuerdo al calendario de pagos, provisto por la oficina de registración de JCPRD. Prueba de los pagos estará disponible a través de su cuenta de registro. El cobro que usted autorice a su cuenta permanecerá en efecto hasta que la oficina de registración de JCPRD sea notificada por escrito de poner fin a la autorización y que provea un nuevo número de cuenta para completar el calendario de pagos, o hasta que las tarifas hayan sido pagadas en su totalidad, o el cuidado haya sido terminado. Para conceder la autorización de pagos periódicos recurrentes, complete esta forma y devuélvala con los formularios de inscripción restantes a registration@jocogov.org. Para pagos ACH, favor de proveer un cheque cancelado con esta forma.

Yo, _____ autorizo a JCPRD a hacer cargos a mi cuenta con motivo del pago por la participación de mis niños en el programa del JCPRD enumerados a continuación. Yo estoy de acuerdo con notificar al JCPRD por escrito respecto a cualquier cambio en la información de mi cuenta, 15 días antes del próximo día de cobro de los cargos y no disputaré la factura recurrente del comerciante con mi compañía de tarjeta de crédito, siempre y cuando el importe corresponda a los términos indicados en el calendario de pagos. Si mi cuenta no aceptara los cargos indicados en el calendario de pagos, entiendo que me será cobrada una tarifa de reconciliación de \$ 30, con un plazo máximo de no resolución de 10 días, en cuyo momento se dará por terminado el cuidado mis niños.

X Firma _____ Fecha _____
Nombre en letra de molde _____ Correo electrónico _____
Nombre de todos los niños inscritos: _____

JCPRD se compromete a hacer las adaptaciones razonables que requiere el Acta de Americanos con Discapacidades Las solicitudes deben hacerse dos semanas o diez días laborables antes del comienzo del programa. Por favor, indique las acomodaciones necesarias: _____

JCPRD DECLARACIÓN DE EXENCIÓN:

"El abajo firmante establece que él/ella entiende que el Distrito de Recreación y Parques del condado de Johnson no es ni será responsable de enfermedades o lesiones a personas, o daños a la propiedad como resultado del programa en el que el abajo firmante esté siendo registrado o debido a su participación en tal programa, y que el participante y el abajo firmante, si el participante es un menor o bajo alguna discapacidad legal, por la presente libera y exime por siempre al Distrito de Recreación y Parques del condado de Johnson, sus empleados, agentes y representantes de alguna y todas las reclamaciones de cualquier tipo, que el participante o el abajo firmante, o sus respectivos herederos, ejecutores, administradores, o asignados puedan tener o pretender tener como resultado de la participación en dicho programa. **AVISO:** Por la presente al inscribirse en este programa, usted reconoce que el Distrito de Recreación y Parques del condado de Johnson puede y podría fotografiar y/o video grabar a los participantes del programa y utilizar tales imágenes, sin esperar remuneración o ninguna otra consideración, con el propósito de dar a conocer los parques del Distrito, instalaciones, programas o servicios, o cualquier otro propósito legal.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA DECLARACIÓN DE EXENCIÓN Y POLÍTICAS DE CANCELACIÓN

X Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

***LA REGISTRACIÓN ES INVÁLIDA SIN LA FIRMA**

Nombre del Padre o Tutor legal: _____ () _____

Dirección: _____ (Apto. #) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR:

Nosotros, los padres firmantes de _____, reconocemos que el programa de Cuidado para Niños de Edad Escolar operado por el Distrito de Recreación y Parques del Condado Johnson ("Distrito de Parques") no es un programa operado o controlado por el Distrito Escolar de Shawnee Mission, Condado de Johnson, estado de Kansas (el "Distrito Escolar"); que el Distrito Escolar es solamente un arrendador de espacio y no es responsable en lo absoluto de la administración ni la operación del programa, la selección de cualquier empleado para la operación del programa por el proveedor del mismo, o cualquier acto u omisión que pueda suceder mientras cualquier niño se dirija, este participando o regrese del programa. Además, reconocemos que el programa no ha sido aprobado por el Distrito Escolar, ni será supervisado por el Distrito Escolar. Estamos en acuerdo de que el Distrito Escolar no será responsable de ningún acto u omisión por parte del Distrito de Parques, sus agentes o empleados, y eximimos de cualquier responsabilidad al Distrito Escolar, referente a la misma y prometo y estoy de acuerdo a salvaguardar y a mantener al Distrito Escolar libre de cualquiera y todas las pérdidas, de cualquier tipo y/o naturaleza alguna, ya que las mismas pueden referirse a cualquier lesión o daño sufrido por nosotros o por los niños que participen en el programa.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA DECLARACIÓN DE EXENCIÓN:

X Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

*** LA REGISTRACIÓN ES INVÁLIDA SIN LA FIRMA**

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE #Teléfono durante el día () _____ #Teléfono en la noche () _____

Por favor escriba y complete un Formulario de Datos Personales para cada niño matriculado

DISTRITO DE RECREACIÓN Y PARQUES DEL CONDADO JOHNSON
PROGRAMA PREESCOLAR DE ENRIQUECIMIENTO JCPRD 2020-2021
FORMULARIO DE DATOS PERSONALES
NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

Nombre completo del niño: _____ Fecha inicial: _____

Edad del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

Dirección: _____ Teléfono residencial: _____
(calle) (Ciudad) (Estado/Código postal)

Padre/Tutor Legal: _____ #Domicilio _____

Dirección residencial: _____ #Celular: _____

Empleador: _____ #Trabajo y Ext. _____

Correo electrónico: _____

Padre/Tutor Legal: _____ #Domicilio _____

Dirección residencial: _____ #Celular _____

Empleador: _____ #Trabajo y Ext. _____

Correo electrónico: _____

Nombre del hermano: _____ Edad del hermano: _____

Contacto de emergencia: _____ #Teléfono: _____

Relación: _____

_____ #Teléfono: _____

Relación: _____

Médico del niño: _____ Número telefónico: _____

Dentista del niño: _____ Número telefónico: _____

Enumere alergias a alimentos y/o sustancias: _____

El programa de Enriquecimiento Preescolar está autorizado a entregar a mi hijo a los siguientes individuos sin previa autorización verbal o por escrito (además de los padres y/o contactos de una sala de emergencias).

Nombre: _____ Relación: _____ #Teléfono _____

Nombre: _____ Relación: _____ #Teléfono _____

Nombre: _____ Relación: _____ #Teléfono _____

**(DEBEN POSEER UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA
PARA RECOGER A LOS NIÑOS)**

Indique específicamente cualquier limitación física: _____

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____



**MEDICAL RECORD FOR ALL CHILDREN IN CHILD CARE FACILITIES,
INCLUDING PROVIDER'S OWN CHILDREN**

Parents are to complete the Medical Record and the History of Immunizations for each child in licensed child care facilities. The Medical Record, History of Immunizations, and Child Health Assessment are transferable when the child moves to another licensed child care facility.

Child's First Day in Child Care _____

Name of Child Care Facility _____

Child's Name _____
First Last

Date of Birth _____ Gender _____
MM/DD/YYYY M/F

Parent/Guardian Information

Parent/Guardian Information

Name _____

Name _____

Home Address _____
Street City Zip Code

Home Address _____
Street City Zip Code

Home Phone Number _____

Home Phone Number _____

Work Address _____
Street City Zip Code

Work Address _____
Street City Zip Code

Work Phone Number _____

Work Phone Number _____

Cell Phone Number _____

Cell Phone Number _____

E-mail Address _____

E-mail Address _____

Best way to contact _____

Best way to contact _____

Names and ages of children in family _____

Persons authorized to pick up the child or to notify in case of emergency. Include name, address, and telephone number. Attach an additional page, if necessary. _____

Child's Physician _____

Phone Number _____

Child's Dentist _____

Phone Number _____

Hospital Preference (for emergencies) _____

Has your physician approved the use of any non-prescription medications for your child such as acetaminophen, cough syrup, or ointments that can be given by the child care provider? No Yes, as follows:

Does your child have any of the following conditions (yes or no)? If yes, provide information on Authorization for Emergency Medical Care form CCL. 010.

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| _____ Allergies | _____ Frequent sore throats/colds | _____ Ear Aches |
| _____ Asthma | _____ Speech, Visual, Hearing | _____ Diabetes |
| _____ Epilepsy/Seizures | _____ Other _____ | |

If yes answered to any above, please provide additional information _____

Have there been major changes at home that might affect your child in care? No Yes, as follows:

Please provide additional information or special instructions that will help the person caring for your child. _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

History of Immunizations

Required for all children in child care facilities, including the provider's own children. A Kansas Certificate of Immunizations (KCI) may be substituted for this form and attached to the completed Medical Record.

Child's Name: _____ Date of Birth: _____
First Last MM/DD/YYYY

Section I. For a recommended schedule of immunizations, refer to the current schedule published by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).

Vaccine	Record the Month, Day and Year that each Dose of Vaccine was Received					
	1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP)						
Poliomyelitis (IPV/OPV)						
Measles, Mumps, Rubella (MMR)						
Hepatitis B (HepB)						
Varicella (VAR)			Hx of Disease: Physician Signature		Date of Illness:	
Hemophilus Influenzae Type B (Hib)						
Pneumococcal Conjugate (PCV)						
Hepatitis A (HepA)						
Rotavirus **Recommended <8 mo of age; not required						
Influenza(Flu) ** Recommended annually >6 mo of age; not required						

Section II.

Complete this section only if your child is exempted from the law requiring immunizations [K.S.A. 65-508(g)].

The following two options are the **ONLY** exemptions allowed by law. **Please check either (A) or (B) below and complete as required:**

(A) Certification from licensed physician stating that immunization would endanger child's life:
 Exempt from following immunizations:


DTaP/DT Tdap/TD Pertussis Only Polio MMR HepA HepB Hib
 PCV Varicella Other

Physician's Signature (required): _____ **Date:** _____

(B) My child is exempt under the law from immunizations. As the Parent or Legal Guardian, I state that I am an adherent of a religious denomination whose teachings are opposed to immunizations.

Section III.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

<p>Kansas Department of Health and Environment Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas</p> <p>Bureau of Child Care and Health Facilities Oficina de Cuidado de Niños e Instituciones de Salud</p> <p>1000 SW Jackson, Suite 200 Topeka, KS 66612-1274</p> <p>Day Care Unit: (785) 296-1270 Fax: 785- 296-0803 Unidad de Guardería de Niños: (785) 296-1270 Fax: 785- 296-0803</p> <p>Foster Care Unit Phone : (785) 368-7015 Fax: 785- 296-7025 Unidad de Cuidado Sustituto: (785) 368-7015 Fax: 785- 296-7025</p> <p>Website: www.kdhe.state.ks.us/kidsnet/ Sitio Web: www.kdhe.state.ks.us/kidsnet/</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE
AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA

Written permission for emergency medical treatment must be on file at the facility. Consult with the local emergency medical facility to be sure this form is acceptable. Reference K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A) except School Age Programs reference K.A.R. 28-4-582(e)(2)(B).

Es obligatorio mantener en los archivos de la institución un permiso escrito para recibir tratamiento médico de emergencia. Consulte a la institución local médica de emergencia para confirmar si este formulario es aceptable. Haga referencia al K.A.R. 28-4-127(b)(1)(A) excepto para Programas de Guardería para niños de Edad Escolar , para los cuales aplica la referencia K.A.R. 28-4-582(e)(2)(B).

Name of facility exactly as stated on the license/certificate Nombre de la institución exactamente como aparece en la Licencia/ el Certificado.	License or Certificate # Licencia ó Certificado #
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

I hereby authorize _____ (Name of individual/staff member) and/or _____ (Name of individual/staff member) who is(are) representative(s) of the above named facility to give consent for any and all necessary emergency medical care for my child or youth _____ (First and Last Name of Child or Youth) while said child or youth is in said facility's custody between the dates of _____ and _____ (MM/DD/YYYY) (MM/DD/YYYY).

Por la presente autorizo a _____ (Nombre de la persona/empleado) y/o a _____ (Nombre de la persona/ empleado) que representa(n) a la institución arriba estipulada, para dar su consentimiento para suministrar cualquier y todo el cuidado médico de emergencia que sea necesario a mi hijo(a) o joven _____ (Nombre y Apellido del Niño(a) o Joven) mientras dicho niño(a) o joven permanezca bajo la custodia de la institución entre _____ y _____ (Mes/Día/Año) (Mes/Día/Año).

Signature of Parent or Guardian Firma del Padre/Madre o Tutor	Date Signed Fecha de Firma
------------------------------------------------------------------	-------------------------------

Witness to Parent's or Guardian's Signature only if required by the local hospital or clinic. Testigo de la Firma del Padre/Madre o Tutor, únicamente si es requerido por el hospital o la clínica local.	Date Signed Fecha de Firma
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

Notarization of Parent's or Guardian's signature, only if required by local hospital or clinic.

Certificación por Notario de la Firma del Padre/Madre o Tutor, únicamente si es requerida por el hospital o la clínica local.

State of Kansas
Estado de Kansas

County of _____
Condado de _____

Signed or attested before me on _____ by _____
Firmada o Atestiguada ante mí en _____ por _____

(Seal, if any)
(Sello, si existe)

(MM/DD/YYYY)
(Mes/Día/Año)

Name of Person
Nombre de la Persona

Notarial Officer
Comisionario Notarial

Title (and Rank)
Título (y Rango)

My appointment
Mi nombramiento vence.

Complete information regarding health care insurance, if applicable.

Llene información sobre el seguro de cuidado de salud, si aplica.

Health Insurance Policy Name _____ Policy Number _____
Nombre de la Póliza de Seguro de Salud: _____ Número de la Póliza: _____

Medical Assistance Program _____ Card Number _____
Programa de Asistencia Médica: _____ Número de Tarjeta _____

Military Medical Care I.D. Number _____
Número de Identificación del Cuidado Médico Militar: _____

If known, date of last Tetanus inoculation:
Si la conoce, fecha de la última vacunación contra el Tétano: _____

List any known allergies or other information about the medical status of this child or youth pertinent in case of emergency:
Enumere cualquier alergia u otra información que conozca sobre el estado médico de este niño(a) o joven que pueda ser pertinente en caso de emergencia:

THE MEDICAL RECORD/ASSESSMENT FORM (OR HEALTH STATUS HISTORY FORM FOR SCHOOL AGE PROGRAMS) AND THE AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL CARE MUST BE TAKEN TO THE EMERGENCY ROOM. BOTH FORMS MUST ALSO BE IN A VEHICLE WHEN THE CHILD OR YOUTH IS TRANSPORTED BY THE FACILITY.

EL FORMULARIO DE REGISTRO/EVALUACIÓN MÉDICA (O EL FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA QUE APLICA A LOS PROGRAMAS PARA NIÑOS DE EDAD ESCOLAR) JUNTO CON LA AUTORIZACIÓN PARA CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA DEBEN SER LLEVADOS A LA SALA DE EMERGENCIAS. AMBOS FORMULARIOS DEBEN TAMBIÉN LLEVARSE EN EL VEHÍCULO CUANDO UN NIÑO(A) O JOVEN ESTÉ SIENDO TRANSPORTADO(A) POR LA INSTITUCIÓN.