

Los Días: \_\_\_\_\_

Fecha de Comienzo: \_\_\_\_\_

## Solicitud del Programa Después de la Escuela del Primetime

**This form must be submitted to Amherst Recreation office**

### Información del Niño/a

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

La Escuela Actual: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

La Dirección(es) del Niño/a: \_\_\_\_\_

Número de la Casa : \_\_\_\_\_

Idioma Principal: \_\_\_\_\_ Las Marcas Indentificativas: \_\_\_\_\_

Color del Ojos: \_\_\_\_\_ Color del Pelo: \_\_\_\_\_ Color del Piel: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Altura (pies y pulgadas): \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

### Información del Padre/Guardián

Nombre del Padre/Guardián: _____	Nombre del Padre/Guardián: _____
Relación con el/la Niño/a: _____	Relación con el/la Niño/a: _____
La Dirección de Casa: _____	La Dirección de Casa: _____
Número de Celular: _____	Número de Celular: _____
Correo Electrónico: _____	Correo Electrónico: _____
Trabajo: _____	Trabajo: _____
La Dirección de Trabajo: _____	La Dirección de Trabajo: _____
Número de Trabajo: _____	Número de Trabajo: _____

### Información del Seguro de Salud

El Médico del Niño/a: \_\_\_\_\_ Seguro de Salud \_\_\_\_\_ El Número de Póliza \_\_\_\_\_

La Dirección: \_\_\_\_\_ El Número del Telefono: \_\_\_\_\_

¿Alergias/Dietas? \_\_\_\_\_

**¿Una enfermedad Crónica? Caso si, llene un formulario del seguro de salud individual por favor.**

¿Limitación especial o inquietudes? Si No De ser si, explique por favor: \_\_\_\_\_

¿Plan Educativo Individual (IEP)? Si No

**Por Favor, provee la documentación de un examen físico y las vacunas de acuerdo con los requisitos del salud pública, y la evaluación de envenenamiento de plomo de acuerdo con los requisitos del salud público con este formulario.**

*Yo autorizo el personal formado con los conocimiento básico de Primeros Auxilios y RCP administrar Primeros Auxilios a mi niño/a cuando sea necesario. Yo entiendo que en caso de una emergencia médica, la escuela usará todos sus esfuerzos para ponerse en contacto conmigo. Sin embargo, si no pudiera ponerse en contacto conmigo,*

yo autorizo el programa llevar mi niño/a por la ambulancia al centro médico más cercano y asegurar el tratamiento médico.

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Nombre de Niño/a: \_\_\_\_\_

**Otro Contacto de Emergencia**

Nombre 1: \_\_\_\_\_ Deje ir con su niño/a? (si/no) \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Número de Casa: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre 2: \_\_\_\_\_ Deje ir con su niño/a? (si/no) \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Número de Casa: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre 3: \_\_\_\_\_ Deje ir con su niño/a? (si/no) \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Número de Casa: \_\_\_\_\_ Número de Trabajo: \_\_\_\_\_

**Plan de Transporte**

Al Llegar:

Dejado por los Padres \_\_\_\_\_

De Clase \_\_\_\_\_

Del Bus/Van \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

De Salir:

Recogido por los Padres \_\_\_\_\_

Camina Sin Supervisión (**Otra hoja del permiso requerida**) \_\_\_\_\_

Del Bus/Van \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Yo doy el permiso a las siguientes personas recoger mi niño/a del programa:

***Si es la primera vez que recoga al niño/a debe traer tarjeta de indentificación.***

***Por Favor proporcione una copia de cualquier acuerdo o orden jurídico que se trata de recoger el niño/a.***

Nombre 1: \_\_\_\_\_ Cualquier momento que venga \_\_\_\_\_

Cuando yo les avise con anticipación \_\_\_\_\_

Número del Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre 2: \_\_\_\_\_ Cualquier momento que venga \_\_\_\_\_

Cuando yo les avise con anticipación \_\_\_\_\_

Número del Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre 3: \_\_\_\_\_ Cualquier momento que venga \_\_\_\_\_

Cuando yo les avise con anticipación \_\_\_\_\_

Número del Teléfono: \_\_\_\_\_

**Publicación de la Foto**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ : **Amherst Recreation puede utilizar los videos y las fotos de mi niño/a en participando en las actividades del programa para el uso promocional, los eventos recaudatorios materials educativos, y lindos**

recuerdos.

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**La Divulgación de la Información:**

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso al Personal del Después de la Escuela de Prime Time compartir e  
(nombre del padre/guardián)

intercambiar información con el personal de la escuela de Crocker Farm con respeto a mi niño/s  
\_\_\_\_\_ para proveer lo mejor atención a mi/s niño/s.  
(nombre/s del/os niño/s)

Esto puede incluir información de una discapacidad. \_\_\_\_\_ (initial)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Información de Pagos:**

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Lunes, Martes, Miércoles, Jueves y Fridays a las 2:40-5:30; Tiempo Completo (5 Días al Semana)

El Número del Días por Semana

1 día por smna (L,M,W,J,V) \$68.00 Tasa Mensual

Tiempo Completo (Lun.-Vier.) \$306.00 Tasa Mensual

Las cuotas son facturadas mensualmente, por adelantado.

Por devuevle a: Amherst Recreation, 170 Chestnut St. Suite #1, Amherst, MA 01002

Para más información llama a 413-259-3065

---

**Pago**

En Efectivo \_\_\_\_\_

Cheque (made payable to the Town of Amherst) \_\_\_\_\_

Tarjeta de Crédito Visa \_\_\_ MasterCard \_\_\_ Discover \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Exp.: \_\_\_/\_\_\_

Si usted quiere que cargemos su tarjeta automáticamente sobre una base mensual, por fa marquee aquí: \_\_\_\_\_

¿Cuál mes quiere que comience el cargo automático?: \_\_\_\_\_

