



KIDS CLUB 2020-2021

Programa de Cuidado Infantil de Padres Antes y Después de la Escuela
OPS Estudiante



Escuela: _____

Uso de Oficina: _____

Información de Estudiante:

Nombre <i>(Legal)</i> :	Apellido <i>(Legal)</i> :	ID de Estudiante <i>(Obligatorio)</i> :
Fecha de Nacimiento <i>(Mes/Día/Año)</i> : _____/_____/_____	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Grado:
Etnia: (Elija uno): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Raza: <i>(Por favor, elija uno o más que apliquen)</i> : <input type="checkbox"/> Nativos Americanos o Nativos Alaska <input type="checkbox"/> Afro American <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u Otro Isleño <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático	¿El estudiante o un hermano has asistido Kids Club? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, es primera vez

Información de los padres 1: Por favor imprima (Garante de Cuenta)

Nombre:	Apellido:	Relación con el estudiante:
Dirección postal:	Ciudad, Estado y Zip:	Teléfono Celular: Teléfono del Hogar:
Empleador:	Teléfono de Trabajo:	Dirección de correo electrónico:

Información de los padres 2: Por favor imprima (Garante de Cuenta)

Nombre :	Apellido:	Relación con el estudiante:
Dirección postal:	Ciudad, Estado y Zip:	Teléfono Celular: Teléfono del Hogar:
Empleador:	Teléfono de Trabajo:	Dirección de correo electrónico:

Información de contacto de emergencia y autorizado: (Mínimo de 2 contactos)

<u>Contacto #1</u>		
Nombre:	Apellido:	Autorizado para recoger: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Relación con el estudiante: _____
Teléfono:	Teléfono del hogar:	Teléfono de trabajo:
<u>Contacto #2</u>		
Nombre:	Apellido:	Autorizado para recoger: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Relación con el estudiante: _____
Teléfono:	Teléfono del hogar:	Teléfono de trabajo:
<u>Contacto #3</u>		
Nombre:	Apellido:	Autorizado para recoger: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Relación con el estudiante: _____
Teléfono:	Teléfono del hogar:	Teléfono de trabajo:
<u>Contacto #4</u>		
Nombre:	Apellido:	Autorizado para recoger: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Relación con el estudiante: _____
Teléfono:	Teléfono del hogar:	Teléfono de trabajo:

Consentimiento de contacto medico en caso de emergencia: Si No

Si no, que procedimiento se debe tomar: _____

Nombre de medico: _____ Teléfono: _____

Omaha Public Schools Foundation Kids Club no será responsable de llevar a ningún niño a la clínica o a Urgencias para recibir tratamiento médico o de emergencia. Kids Club se pondrá en contacto con el 911 en caso de una emergencia médica y se pondrá inmediatamente en contacto con el padre o tutor del niño.

Estado de salud actual o cualquier problema de salud que Kids Club debe tener en cuenta: _____

Medicación(s): _____

**Enumere cualquier alergia y/o intolerancia a alimentos, picaduras de insectos, picaduras u otros factores que resulten en una reacción médica. Por favor, dé instrucciones claras en caso de exposición del factor:*

Preocupaciones especiales: (Gafas, Audífonos, Muletas): _____

Cualquier actividad en la que su hijo NO pueda participar: _____

\$30 Cuota de Registración

(NO-Rembolsable)

*Cheque/Money Orden Pagado a Omaha Public Schools Foundation
Pagos en efectivo aceptados en la Oficina – 3861 Farnam St., Omaha, NE 68131*

Permiso & Consentimiento

Doy mi permiso para que la Fundación de Escuelas Públicas de Omaha incluya a mi hijo, que asiste al OPSF Kids Club, en fotografías, cintas de video y transmisiones utilizadas para publicidad y promoción de la Fundación.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Al firmar, acepto acatar las pólizas indicadas en el Manual de padres/tutores. Entiendo que este es un programa de pago y personalmente garantizo y prometo pagar cualquier cargo que se deba al programa de Kids Club. Acepto firmar a mi(s) hijo(s) dentro y fuera al entrar y/o salir del programa y si no lo hago, se hará terminación del programa. Entiendo que este registro no es válido hasta que se firme, la cuota de registro de \$30 pagado, y cualquier saldo anterior pagado.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre _____
(Nombre en Cuenta- GUARANTOR 1)

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre _____
(Nombre en Cuenta - GUARANTOR 2)

Uso de Oficina

Date Registración Fee Paid _____ Check/MO/Online # _____ Amount Paid \$ _____

Child Care Subsidy Prior Authorization Required to Attend Auth Starts: _____ Auth Ends: _____ Family Fee: _____