

Transylvania County Schools
After School Day Care Program
Programa de cuidado de los estudiantes después de la escuela

APPLICATION AND EMERGENCY CARD FOR 2023-24 SCHOOL YEAR
APPLICACIÓN TARJETA DE EMERGENCIA POR 2023-2024 ÑO ESCOLAR

Cuota de Inscripción \$25.00 Rodee en un círculo los días asignados de su hijo: Lunes/Miércoles o Martes/Jueves

Nombre de Niño _____ Teléfono _____ Fecha de Enlistar _____
Fecha de Nacimiento _____ Grado _____ Maestro _____
Dirección _____
Instrucciones a Casa de Niño _____

Padre/Tuto Legal _____ Se Emplear por _____
Horas de Trabajo _____ Teléfono de Negocios _____ Celular _____
Madre/Tuto Legal _____ Se Emplear por _____
Horas de Trabajo _____ Teléfono de Negocios _____ Celular _____
Custodia Legal de Niño _____ Orden del Corte en archive? Sí _____ No _____
Médico _____ Teléfono _____
Dentista _____ Teléfono _____
Hospital de preferencia cuando posible _____
Alergias o otros problemas medicales conocidos _____

Otra información y comentarios ayudales _____

Personas autorizadas para recoger a niño o ser contactado en caso de no pueden hacer contacto a los padres.
*Dos nombres se requieren.
*Nombre _____ Teléfono/celular _____
*Nombre _____ Teléfono/celular _____

Cuando un niño se toma al Cuidar del Niño y se firma en, en el caso de un fracas de los padres recogerie a su niño, el padre se va a cargar honoraries diarios.

Fecha _____ Firma _____

ESTA NO ES LA ÚNICA HOJA QUE NECESITA USTED LEER Y FIRMAR.
PORFAVOR, COMPLETA AL REVÉS DE ESTA FORMA

Transylvania County Schools
After School Day Care Program
Programa de cuidado de los estudiantes después de la escuela

PARENT PERMISSION AND ACKNOWLEDGEMENT OF DISCIPLINE POLICY
PERMISO DE PADRE Y RECONOCIMIENTO DE POLÍTICA DISCIPLINA

Yo realizo que el programa por mi niño, _____(nombre de niño) consiste en una variedad de actividades incluyen pero no se limitan a hacer una caminata, explorar, juegos y actividades de deportes. Yo doy mi permiso por mi niño participar en estas actividades y estoy de acuerdo no tener a las Escuelas del Condado Transylvania ni los empleados responsables en cas de un accidente. También yo estoy de acuerdo que el operador quizá autoriza al medico de su selección proveer cuidado emergencio en el caso que ni yo/ni mi medico familiar no nos pueden encontrar inmediatamente. Por las heridas menores, yo autorizo al personal del Programa Despues de Escuela admisnistrar Ayuda Primera (First Aid).

Yo, el padre o tutor legal de _____(nombre entire de niño) aquí digo que he leído y recibí una copia de la Política Disciplina y Comportamiento y yo he discutido la política o siento no es necesario hacerio con el personal del area, lugar de cuidar.

Yo también he recibido un copia del folleto "Summaria: La Ley y Las Reglas de Cuidar de Niños de N.C.".

Fecha: _____ Firma: _____

Padre o Tutor Legal