

BEYOND THE BELL

VERANO 2011 FORMA DE REGISTRACION

Preferencia de escuela de verano (circule uno): West Middle Leeds UNITY

Nombre del Niño: _____ **2010-11 Grado** _____ **Edad** _____ **Fecha de Nacimiento** ____/____/____ **Raca** _____ **Escuela** _____
1) _____

Cheque se el niño es Pre-Kinder
(Entrando al Kinder en el Otoño, 2011)
Usted asisto registracion para el Kinder en Sioux City?
Si o No Se si en cual Escuela?



Información del los Padres

Nombre de la Mama: _____
Dirección de la Mama: _____
_____ Codigo Postal _____
Niño vive con la Mama? SI NO
Telefono de Casa: () _____ - _____
Telefono de Trabajo: () _____ - _____
Telefono celular: () _____ - _____

Nombre del Papa: _____
Direccion del Papa: _____
_____ Codigo Postal _____
Niño vive con el Papa? SI NO
Telefono de Casa: () _____ - _____
Telefono de Trabajo: () _____ - _____
Telefono Celular: () _____ - _____

Guardian Legal (Si es diferente de los Padres)

Nombre del Guardián: _____
Dirección del Guardián: _____
_____ Codigo Postal _____
Trabajo del Guardián: _____
Telefono de Casa: () _____ - _____
Telefono de trabajo: () _____ - _____
Telefono de Celular: () _____ - _____

Contactos de Emergencia (adicion de los padres)

Nombre: _____
Telefono:() _____
Relación: _____
Tiene permiso de recoger a su hijo? Si No
Nombre: _____
Telefono:() _____
Relación: _____
Tiene permiso de recoger a su hijo? Si No
Nombre: _____
Telefono:() _____
Relación: _____
Tiene permiso de recoger a su hijo? Si No

Hay alguna custodia o orden de restricción con personas que NO pueden recoger a su hijo o tienen contacto con su hijo?*

NOMBRE: _____
DIRECCION: _____
NOMBRE: _____
DIRECCION: _____
*Necesitamos tener una copia del mandato judicial)

Mi hijo tiene permiso para	SI
Ser fotografiado?	
Asistir paseos	
Usar protector de Sol	
Usar repelente de insectos?	

Firma: _____ Fecha: ____/____/____



Yo verifico que las vacunas de mi hijo estan incluidas.
(Obligatorio para la inscripcion a Beyond the Bell)

Firma: _____ Fecha: _____

Registros de Salud

Alergias o Restricciones: _____

Operaciones o enfermedades: _____

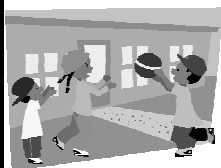
Comportamientos y Desordenes especiales: _____

Por favor lista de medicamentos: _____

Sera BTB responsable de administrarle medicina a su hijo? _____

(Debe llenar una forma de petición para medicina para que el personal pueda administrar medicina a cualquier niño)

Hay otros medicamentos o problemas de comportamiento que el personal de BTB debe estar prevenido?



Doctor Familiar*

Nombre: _____

Dirección: _____

Telefono: _____

Dentista Familiar*

Nombre: _____

Dirección: _____

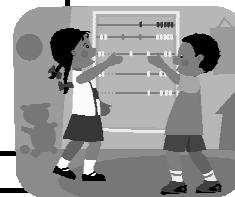
Telefono: _____

*Debe ser completado- No lo deje en blanco

En el caso de que no fuera posible localizarme y mi niño requiriera cuidado médico, cirugía, o dentista yo doy permiso al personal del BTB y doctores y dentistas de las clínicas elejidas para, administrar el tratamiento médico. También acepto pagar todos los costos y tarifas de los tratamientos. Todo esfuerzo será realizado para notificar a los padres en caso de emergencia. Esta forma será presentada para poder admititar tratamiento a su niño.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____



Por favor indique como llegará el niño a la casa desde Beyond the Bell:

Padre/Guardián recogeran

Mi niño va caminar

Mi niño va usar el autobús

Note: Niños que caminan seran despedidos a las 4:00pm

Note: Estudiantes de Pre-K students no pueden caminar solos.

Autorizo a BTB revisar calificaciones de mi niño con propósito académico.

Entiendo que estas calificaciones son confidenciales.

Firma: _____

Fecha: _____

Por este medio, suspendo y libero de todos los derechos y reclamos que yo o mi hijo hayan sufrido en contra de Beyond the Bell o United Way Agencia, incluyendo cualquier lesión mientras asista al programa o funciones de mentas participaba a el programa de Beyond the Bell. Yo esto decuerdo participar en el programa o ser voluntario.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

BEYOND THE BELL POLICY FINANCIERA

Yo comprendo que soy responsable del honorario de este programa y e llenado una forma de ayuda financiera si fue necesario. El costo para las seis semanas de programa es \$460.00. Las semanas no se pueden pagar individualmente. Los niños que reciben almuerzo de precio reducido en la escuela son otorgados una beca y un precio reducido de \$230.00; Niños que reciben almuerzo gratis en la escuela son otorgados una beca de precio de \$115.00. Beyond the Bell es elegible proveedor de DHS cuidado del día. Los honorarios deben ser pagados antes del 20 de junio del 2011 al menos que hayan hecho un arreglo de

pago. Los pagos no son reembolsables. Un descuento de \$25.00 se Firma: _____
recibido antes del 15 de julio 2011.

Fecha: _____/_____/_____

De volve la registracion completada a: Beyond the Bell, PO BOX 2129, Sioux City, IA, 51104

