

Redwood City-PAL

Formulario de Inscripción

Oficina Central
3399 Bay Rd.
Redwood City, CA 94063
Tel: 650-556-1650
www.redwoodcitypal.org

AÑO

CAMPAMENTO DE VERANO DESPUÉS DE LA ESCUELA

CORREO ELECTRONICO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

APELLIDO(S)

Masculino Femenino

EDAD

FECHA DE NACIMIENTO

GENERO

GRADO

ESCUELA

DIRECCIÓN DE LA CASA

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

PADRE/ MADRE / TUTOR(ES) LEGAL(ES)

RELACIÓN

TELÉFONO DE LA CASA

TEL. DEL TRABAJO

TEL. CELULAR

CONTACTO DE EMERGENCIA

RELACIÓN

TELÉFONO DE LA CASA

TEL. DEL TRABAJO

TEL. CELULAR

CONTACTO DE EMERGENCIA 2 (DISTINTO DE LOS PADRES O TUTOR)

RELACION

TELÉFONO DE LA CASA

TEL. DEL TRABAJO

TEL. CELULAR

Información Médica y de Empleo

2

NOMBRE DEL DOCTOR _____ TEL. DEL DOCTOR _____

SI NO

¿PERMISO PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO MÉDICO SI NO ES POSIBLE CONTACTAR A LOS PADRES O TUTOR?

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN MÉDICO _____

COMPañÍA ASEGURADORA _____

GRUPO _____

NÚMERO DE PÓLIZA _____

ALERGIAS A ALIMENTOS _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS _____

¿ALGUNA OTRA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD? _____

SI NO

INMUNIZACIONES _____

SI NO

INMUNIZACIONES EN ARCHIVO DE ESCUELA _____

SI NO

¿VIVEN ANCIANOS (65+) EN CASA? _____

TOTAL DE NIÑOS EN CASA _____

SI NO

¿VIVEN PERSONAS DISCAPACITADAS EN CASA? _____

VERIFICACIÓN DE EMPLEO

NOMBRE DEL EMPLEADO _____

EMPLEADOR _____

DIRECCION DEL EMPLEADOR _____

CIUDAD _____

CÓDIGO POSTAL _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADOR _____

TELÉFONO _____

NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO _____

\$ _____

SI NO

INGRESOS MENSUALES _____

NÚMERO TOTAL DE HABITANTES EN CASA _____

PADRE/MADRE SOLTERO/A _____

La información otorgada en este formulario es estrictamente confidencial y solamente es accesible por personal autorizado de Redwood City PAL. Este formulario deberá completarse todos los años. DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN DADA ES VERDADERA Y CORRECTA. SI LA INFORMACIÓN NO ES VERDADERA O CORRECTA, YO SERÉ EL ÚNICO RESPONSABLE DE PAGAR EL COSTO TOTAL DEL CUIDADO PROPORCIONADO.

FIRMA DEL PADRE/ MADRE /TUTOR LEGAL _____

FECHA _____

Acuerdo de Servicios

Este formulario establece servicios para:

NOMBRE	EDAD	GRADO
NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL		NOMBRE DEL PADRE/ MADRE/TUTOR LEGAL

1. Me comprometo a pagar \$ _____ por mes, por los servicios y cuidado de mi hijo/a. También me comprometo a pagar \$20 si llego tarde a recoger a mi hijo/a.
2. Me comprometo a firmar la hoja diaria de entrada/salida. Escribiré en la hora de llegada y la hora de salida mi nombre entero. Entiendo que puedo y debo informar a PAL si otro adulto va a recoger a mi hijo/a.
3. Me comprometo a mantener al día la información médica y los contactos de emergencia.
4. Entiendo y estoy de acuerdo con que la plena participación de mi hijo/a en el programa es vital para su éxito. Me comprometo a avisar a PAL de cualquier ausencia de mi hijo/a. En caso de enfermedad de mi hijo/a, me comprometo a avisar a PAL de su ausencia antes de las 9:00 de la mañana. Escribiré la razón de su ausencia en la hoja de entrada/salida. Entiendo que debo realizar el pago mensual aunque mi hijo/a esté ausente.
5. Entiendo que PAL puede rescindir sus servicios en cualquier momento y por cualquier razón con 7 días de aviso. Entiendo que PAL puede rescindir sus servicios inmediatamente y sin aviso previo si se viola este acuerdo o por cualquiera de las razones siguientes:
 - a. Llegar tarde a recoger a mi hijo/a.
 - b. Dejar a mi hijo/a fuera de PAL sin entrar a firmar la hoja de entrada/salida.
 - c. Estacionarme en doble fila o manejar de forma peligrosa en los alrededores de PAL.
 - d. No avisar de las ausencias de mi hijo/a.
 - e. No mantener al día y con los datos correctos la información de los contactos de emergencia.
 - f. Comportarme de manera errática y/o agresiva.
 - g. Comportarme de forma que afecte negativamente la salud y seguridad de mi hijo/a y del resto de miembros de PAL.
 - h. Usar palabras inapropiadas y comportarme de modo inapropiado con los empleados de PAL.
 - i. Incumplir repetidamente las reglas y trámites de PAL.
6. Me comprometo a avisar a Redwood City PAL si decido suspender los servicios del programa de después de la escuela. Me comprometo a pagar todas las cuotas debidas hasta la fecha de mi aviso.
7. Entiendo que este programa no incluye formación religiosa. Por otro lado, entiendo que PAL ofrece programas y actividades de diversas culturas, así como celebraciones, por ejemplo, de fiestas de cumpleaños y días de fiesta/feriados y estoy de acuerdo con que mi hijo/a disfrute y se familiarice con estas tradiciones aunque sean diferentes de las mías.
8. Certifico que soy el padre/ la madre /el tutor legal del niño/a nombrado/a arriba y autorizo que Redwood City PAL y sus agentes, empleados y supervisores adultos le ofrezcan los servicios del programa de después de la escuela, incluyendo servicios de transporte, como se especifica arriba.

NOMBRE DEL PADRE / MADRE/ TUTOR LEGAL FECHA

Autorización para Fotografías y Filmaciones

Entiendo que Redwood City PAL realiza fotografías, filmaciones y grabaciones audiovisuales de eventos especiales y otras actividades ofrecidas por PAL y que incluyen niños/as, voluntarios/as y personal del centro. Entiendo que Redwood City PAL organiza estas actividades para recaudar fondos y concienciar a la comunidad de las necesidades de PAL, y que su propósito siempre sirve y representa la misión, la visión y los fines de la organización. Las fotografías y filmaciones se realizan como parte de un programa determinado y son publicadas en varias páginas web. Siempre se respetarán los deseos del niño/a y cualquier niño/a puede optar por no participar en tales actividades. No se usarán ni se publicarán los apellidos ni cualquier otra información identificatoria sin previo consentimiento individual expreso y por escrito.

Por medio de la presente, autorizo a Redwood City PAL a fotografiar, filmar y realizar grabaciones audiovisuales de mi hijo/a siempre que mi hijo/a esté participando en actividades o eventos organizados por PAL. Redwood City PAL puede utilizar las fotografías y grabaciones para el beneficio de la organización, incluso si mi hijo/a ya no toma parte en uno de los programas de PAL en el momento de la publicación e independientemente de mi estatus, papel o relación con PAL o de si soy miembro, empleado o voluntario en el momento en que las fotografías y grabaciones fueron realizadas.

Firma del padre/madre/tutor legal y Fecha

Autorización para Tratamiento de Emergencia ⁵

NOMBRE DEL NIÑO/A	EDAD	GRADO	# DE MIEMBRO
PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL		PADRE /MADRE/TUTOR LEGAL	

A través de este formulario los padres y los tutores legales autorizan el tratamiento de emergencia de sus hijos cuando éstos se encuentren en Redwood City PAL y no se pueda contactar a los padres o tutores legales.

Padres o tutores legales, por favor, completen Parte 1 o Parte 2 (no ambas)

PARTE 1 – SÍ DOY PERMISO

En caso de que, tras repetidos intentos, no se puedan comunicar conmigo, autorizo que los agentes, empleados y supervisores de Redwood City PAL obtengan servicios de emergencia para mi hijo/a, incluyendo servicios de transporte. Entiendo y estoy de acuerdo con que yo seré responsable de todos los gastos asociados con el tratamiento de emergencia. Autorizo la divulgación de mi información personal y médica y los datos de mi seguro de salud a los servicios médicos de emergencia.

Como padre/ madre/ tutor legal del menor mencionado arriba, doy autorización para el tratamiento de emergencia necesario llevado a cabo por un médico, dentista o enfermera/o, incluyendo transporte a un hospital cercano.

FIRMA DEL PADRE / MADRE/ TUTOR LEGAL FECHA

PARTE 2 – NO DOY PERMISO – (No complete esta parte, si ya completó la parte 1)

No doy permiso para el tratamiento de emergencia de mi hijo/a. En caso de emergencia que requiera ayuda médica, quiero que Redwood City PAL espere hasta que se haya comunicado conmigo.

Peticiones adicionales:

FIRMA DEL PADRE / MADRE/ TUTOR LEGAL FECHA