

**ESCUELAS COMUNITARIAS DEL DISTRITO DE OTTUMWA  
 PROGRAMA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS  
 FORMA DE REGISTRACIÓN**

Por favor complete abajo la información que se necesita.

Nombre del Niño(a)	Sexo	Fecha de Nacimiento	Grado	Alguna consideración sobre cuidado médico especial, académico ó de comportamiento (IEP, Plan 504, Plan-I, Plan de Salud)
				___ Si (vea el documento adjunto) ___ No Si cambia el estado, por favor avise al Coordinador del PTYC
				___ Si (vea el documento adjunto) ___ No Si cambia el estado, por favor avise al Coordinador del PTYC
				___ Si (vea el documento adjunto) ___ No Si cambia el estado, por favor avise al Coordinador del PTYC
				___ Si (vea el documento adjunto) ___ No Si cambia el estado, por favor avise al Coordinador del PTYC
				___ Si (vea el documento adjunto) ___ No Si cambia el estado, por favor avise al Coordinador del PTYC
				___ Si (vea el documento adjunto) ___ No Si cambia el estado, por favor avise al Coordinador del PTYC
				___ Si (vea el documento adjunto) ___ No Si cambia el estado, por favor avise al Coordinador del PTYC

**Nombre del Padre/Encargado** \_\_\_\_\_

Dirección del hogar y teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador, dirección y teléfono \_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre/Encargada** \_\_\_\_\_

Dirección del hogar y teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador, dirección y teléfono \_\_\_\_\_

**Por favor liste los días de la semana que su niño(os) asistirán (programa aplicable). Es la responsabilidad de los padres informar en la oficina de cualquier cambio de asistencia:**

Antes de la escuela: \_\_\_\_\_ Después de escuela: \_\_\_\_\_ Verano: \_\_\_\_\_

**Por favor cheque los días que aplican para el cuidado extendido en las siguientes ocasiones:**

Días de nieve: \_\_\_\_\_ Días de salidas tempranas: \_\_\_\_\_ Días que no hay escuela: \_\_\_\_\_

**Fecha en que completa la forma:** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**\*\*DEBE SER COMPLETADO ANTES DE ASISTIR\*\***

**CONTACTOS DE EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA TRANSPORTACIÓN**

Nombre del/los niño(os) \_\_\_\_\_

Por favor liste abajo en orden de preferencia todos los adultos que no sean los padres ó encargados legales previamente listados (*18 años de edad ó mayores*) que usted autoriza para transportar ó acompañar a su niño(a) de los edificios del cuidado infantil ó a quién podríamos llamar si usted no puede ser localizado(a) y alguna situación de emergencia ocurre. Cada adulto listado debe de mostrar una identificación con fotografía cuando se le pida. Es la responsabilidad de los padres (encargados) de notificar a la directora del cuidado infantil cualquier cambios en esta autorización.

*También, por favor notificar a esas personas listadas abajo que usted ha dado un permiso escrito para que el personal del cuidado infantil pueda llamarlos en caso de alguna emergencia cuando no se les pueda localizar a usted.*

Nombre	Relación con el niño	Teléfono #
--------	----------------------	------------

---

---

**AUTORIZACIÓN PARA VIAJES DE CAMPO**

Doy permiso para que mi(s) niño(os) \_\_\_\_\_ asistan a las  
(Escribir con letra de molde)  
actividades/viajes de campo del cuidado infantil. Entiendo que mi(s) niño(os) serán transportados en el transporte público, proveedor de transportación contratado, y caminando.

---

**Firma de Padres/Encargados**

**Fecha**

---

**AUTORIACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

Yo autorizo para que el cuidado infantil ó su representante actúe en mi nombre en caso de que mi niño(a) sea víctima de un accidente, lesión cuando sea necesario una ayuda médica inmediata ó cuidado de cirugía, proporcionando a un miembro del personal que tome un esfuerzo diligente primero en notificarme de la situación y obtener mis preferencias. Si los esfuerzos por comunicarse conmigo son un fracaso, autorizo al personal médico para tomar las medidas que dictan su juicio.

También estoy de acuerdo que las Escuelas Comunitarias del Distrito de Ottumwa, el Departamento de Educación Comunitaria, programas del cuidado infantil, ninguna persona asociada con ellos tiene ninguna responsabilidad de cualquier tipo conmigo ó mi niño(a) de cualquier queja que surja del accidente, lesión, ó enfermedad la cual mi niño(a) pueda sufrir como resultado de cualquier cuidado ó tratamiento médico .

Condiciones Médicas/Alergias \_\_\_\_\_

Medicina que Toma \_\_\_\_\_

\*Papeles adicionales pueden ser necesarios.

Doctor de preferencia \_\_\_\_\_ Teléfono del Doctor \_\_\_\_\_

---

**Firma de Padres/Encargados**

**Fecha**