

COVID 19 Programa de Cuidado de Emergencia Grados Pre-K - 6
Año escolar 2020 6:30 am-6:00pm Lunes-Viernes
Lista de verificación de inscripción

Escuelas Públicas de Glencoe-Silver Lake
Forma de Registración

Inscripción Nueva/Re-inscripción

Fecha _____

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacer ____/____/____

Sexo: F M

Apellido

Primer Nombre

Dirección de Casa _____

Ciudad _____

Código _____

Niño vive con: ____ Ambos padres ____ Madre ____ Padre ____ Custodia Compartida
 ____ Otro: especificar _____

Nombre de Madre _____

Nombre de Padre _____

Primer

Apellido

Primer

Apellido

Empleador _____

Empleador _____

Teléfono de Casa _____

Teléfono de Casa _____

Teléfono de Trabajo _____

Teléfono de Trabajo _____

Celular _____

Celular _____

Email _____

Email _____

Dirección de Casa _____

Dirección de Casa _____

(Si es diferente que el niño)

(Si es diferente que el niño)

Recogida Autorizada

Además de los padres/tutores, las personas enumeradas a continuación tienen mi autorización para recoger a mi hijo del programa:

Nombre _____ Relación al niño _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación al niño _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación al niño _____ Teléfono _____

* Los niños solo serán liberados cuando los padres/tutores o una persona autorizada lo firmen.

Enumere a las personas que **NO** están autorizadas para sacar al niño del programa. Se debe proporcionar una copia de los documentos legales al personal.

1. _____ 2. _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

(Continúe en la página siguiente.)

Información Médica y Emergencia

Nombre del Niño _____ Fecha _____

Amigos o familiares a los que llamar en caso de enfermedad o emergencia si no se puede comunicar con usted: (si los nombres son los mismos que los de Autorización de Recogida, puede escribir "lo mismo")

Nombre _____ Teléfono de Casa _____ Celular _____

Nombre _____ Teléfono de Casa _____ Celular _____

Doctor para llamar en una emergencia: _____ Teléfono _____

Dentista para llamar en una emergencia: _____ Teléfono _____

Por la presente, doy permiso para que el personal de programa de emergencia de COVID 19 tome las medidas que sean necesarias para obtener atención médica de emergencia si se justifica. Estos pasos pueden incluir, entre otros, los siguientes: 1) Intentar comunicarse con un padre o tutor. 2) Intentar contactar al médico del niño. 3) Intentar contactar a un padre a través de cualquiera de las personas que figuran en la información de emergencia que completó para nosotros. 4) Si no podemos comunicarnos con usted o con el médico de su hijo, haremos alguno o todos de los siguientes: a. Llamar a otro médico o paramédico b. enviar al niño a un hospital de emergencia. 5) Los gastos de 4 anterior serán pagados por la familia del niño.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Ponga una palomita al lado de cualquier de las cosas que aplican:

<input type="checkbox"/> ADD	<input type="checkbox"/> Nariz sangrante	<input type="checkbox"/> Otro, por favor, explique _____
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de Oír o Ver	<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de Asma o Respirar	<input type="checkbox"/> Problemas de vejiga/intestino	_____

Enumere todas las alergias conocidas (alimentos, medicamentos, animales, etc.): _____

Si su hijo tiene alguna alergia, responda las siguientes preguntas.

1. Descripción de la alergia: _____

2. Desencadenantes de alérgenos: _____

3. Técnicas para evitar la exposición a alérgenos: _____

4. Debían presentarse síntomas de una reacción alérgica (a qué vigilar): _____

5. Cómo responder a una reacción alérgica (incluye medicamentos y dosis): _____

Medicamentos que el niño toma de forma regular: _____

Si el niño recibe apoyo estudiantil en el aula, tiene una necesidad especial identificada, inquietudes de comportamiento o un Programa de Educación Individualizada (IEP) desarrollado, identifíquese aquí:

Cualquier otro problema que debamos tener en cuenta para ayudarnos a cuidar mejor a su hijo: _____

Vacunas

Se requiere una copia de las vacunas de un niño o una exención aplicable antes del primer día de asistencia del niño.

Administración de medicación

Administramos solo recetas personales surtidas por un farmacéutico, con la etiqueta de un médico, con el nombre del niño y las instrucciones de administración. Los medicamentos de venta libre (Tylenol, Advil, Ibuprofeno, etc.) deben estar en el envase original etiquetado para ese medicamento. Los padres deben dar medicamentos al personal junto con el formulario completo de "Autorización para dar medicamentos en las escuelas" (se requiere la firma del médico para las recetas) que se puede recoger en el sitio de Cuidado COVID 19. Los medicamentos de venta libre tomados por más de 2 semanas requieren la firma de un médico.

Permiso y Liberaciones

LIBERACIÓN DE REGISTROS

Por la presente autorizo a las Escuelas GSL a publicar una copia de los registros escolares más recientes del niño mencionado anteriormente, que incluyen, entre otros: registros de vacunas y examen físico, evaluaciones de necesidades especiales y IEP para permitir que el programa Cuidado COVID 19 satisfaga mejor las necesidades de mi niño.

___ Sí ___ NO

OBJETIVOS Y POLÍTICAS DE COMPORTAMIENTO DE PANTHER ADVENTURE CLUB

METAS Y POLÍTICAS DE COMPORTAMIENTO

Esperamos que los niños se respeten entre sí, al personal y al profesorado, así como el personal respeta a cada niño y padre. Creemos en un método positivo de orientación que enfatiza los derechos y las necesidades de los demás, en relación con los estándares de comportamiento aceptables. Esta política de comportamiento tiene la intención de mantener un ambiente positivo donde los niños y el personal puedan sentirse seguros, respetados y aceptados.

DISCIPLINA AVISOS Y PLANES PARA EL ÉXITO

Cuando un niño demuestra un comportamiento o necesidades inapropiadas consistentes que van más allá de las expectativas del programa, el personal hará todo lo posible para remediar el problema. Si sus esfuerzos no traen éxito, el personal y el padre/tutor emitirán un aviso de comportamiento y lo firmarán. Se emite un "Aviso de Incidente" cuando el comportamiento es:

1. No deseado/ofensivo: destinado a lastimar a otros física, emocional o para dañar la propiedad.
2. Repetido: la intervención no funciona, o
3. Interrumpe el sitio, impactando el bienestar de otros niños y/o personal.

Primer aviso: notificación para alertar a los padres sobre problemas de comportamiento.

Segundo aviso: se programará una reunión con el padre, el niño y el coordinador de Cuidado de COVID 19 para analizar los problemas de comportamiento. En la reunión se desarrollará un plan de acción para promover el éxito del niño en nuestro plan de atención.

Tercer aviso: suspensión de cinco días. El niño no puede regresar por cinco días programados. El niño puede regresar siempre que siga las pautas apropiadas.

Cuarto aviso: los servicios de cuidado de niño se suspenden.

Suspensión Inmediata

Para la seguridad y el beneficio de todos los niños en el programa, nos reservamos el derecho de suspender de inmediato a cualquier niño que:

- Causa o intenta causar daño a sí mismo, otros o personal.
- Causa o intenta causar daño a la propiedad, o
- Sale del área designada de Cuidado de COVID 19 con la intención de huir o esconderse del personal.