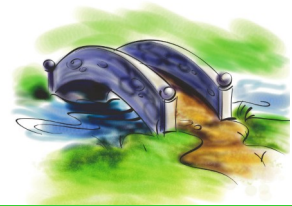


Forma de Inscripción

El Programa del Puente del Kinder



17 de Junio—3 de Julio, 2013

Lugar deseado: Sutter Creek Ione Plymouth
 Jackson Pine Grove Pioneer

**Por favor haga de cuenta que los programas de Pine Grove y Pioneer serán juntados dependiendo en la cantidad de inscripción.

Niño:

Primer Nombre Segundo Apellido
Genero: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento: Mes ___-Día ___-Año ___

Raza: Blanca Hispano/Latino Asiatico Pacific Islander Multi raza
 Afro-Americano Indio-Americano Otro: _____

Nombre de Padre o Tutor:

Primer Nombre Segundo Apellido

Numero de teléfono: () Correo Elect: _____.

Dirección de Correo: _____
Calle/Correo postal Ciudad Código Postal

Dirección física: (si es diferente de correo)

Calle Ciudad Código Postal

Numero de teléfono: () _____

Por favor ponga los nombres de los hermanos y edades:

• _____
• _____
• _____

Por favor informe sobre cualquier alergia de comida o problema de salud con su hijo:

Un proyecto de:



Por favor envia a:

First 5 Amador
975 Broadway, Jackson, CA 95642
Fax : (209) 223-5931
Correo-e: sr@first5amador.com



Qué idioma habla su hijo/familia en su casa?

Inglés Español Otra: _____

Está usted interesado en clases de inglés o español?

Sí Marque uno: ___Español ___Inglés No



Hay algún lugar diferente de emergencia al que usted lleve a su hijo/hija si está enferma o cuando usted necesita información sobre la salud (clínica/doctor/...)?

Qué clase de aseguransa tiene usted?

Medi-Cal Healthy Families Aseguransa Privada Otro: _____ Ninguno

Por favor, indique su ingreso que cada miembro recibió el año pasado? (*Opcional*)

\$10,000 or menos \$10,001 a \$20,000 \$20,001 a \$30,000 \$30,001 a \$40,000
 \$40,001 a \$50,000 \$50,001 a \$60,000 \$60,001 a \$70,000 \$70,001 a \$80,000
 \$80,001 o más No sabe/No quiere decir

Su hijo a recibido las vacunas recomendadas? Sí No

Alguien de su familia fuma en su casa? Sí No

Si su respuesta es sí, estaría usted o alguien de su familia interesado en tomar unas clases sobre fumar serán ofrecidas al mismo tiempo que el programa del Puente?

Sí No

Qué información le gustaría a usted obtener? (*Escoja una o más*)

Nutrición Comportamiento Escolar Sobre padres Actividad física
 Prevenir Enfermedades Cuando dejar a su hijo en casa Otra Cosa (describa abajo)

Su doctor o otra especialista le a dicho que su hijo tiene un retraso mental, cuidados especial o alguna otra deshabilidad? (*Marque abajo*)

Trastorno emocional Una deshabilidad de aprendizaje
 Autismo Lenguaje
 Sordera Vista o Lision
 Otro: _____ No habilidades especiales

Tiene su hijo un IEP? Sí No

Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo que le gustaría que el professor tuviera cuenta? _____

TRANSPORTACIÓN: Si la transportación es algún problema para usted, llame al 257-1092.

Preguntas sobre su hijo:

Tiene algo que le gustaría que la maestra supiera sobre su hijo?

Qué piensa que su hijo le gustaría que su maestra supiera de el/ella?

Su hijo estuvo en un pre-escolar más de seis meses? Sí No

Cual es la escuela y el tiempo? (Es opcional) _____

Su hijo estuvo en un day care? Sí No

Si su respuesta es si, que lugar y cuanto tiempo? (Es opcional) _____

Cuando su hijo/hija esta contenta como lo demuestra? _____

Cuando esta triste como lo demuestra? _____



Nosotros les pedimos a los padres ser voluntarios:

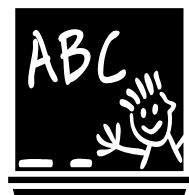
Es muy importante para su hijo estar un tiempo lejos de usted. Por eso no es recomendado esta de voluntario todos los día, pero ayuda en la clase es muy bien recibida.

También es importante que visite el salón para ver lo que pasa.

Por favor pregúntele al maestro como puede ayudar.

Su hijo estará muy contento.

Como se entero sobre el Programa del Puente? _____





FORMATO DE CONCESION DE DERECHO A FOTOGRAFIA INFANTIL

First 5 Amador, 975 Broadway, Jackson, CA 95642 (209) 257-1092

Yo, por este medio, concedo a Ustedes y a cualquiera designado por Ustedes y sus Licenciados y designados el derecho a fotografiar y/o filmar mi hijo(a) _____ (Nombre completo del niño(a), en conexión con First 5 de Amador y la transición al programa "Bridge" durante Junio/Julio del 2013 y a usar las fotografías y/o videos así obtenidos en la forma en que cualquiera de las partes así decida.

Estoy de acuerdo en que dichas fotografías, video y comentarios escritos son y serán de su única y exclusiva propiedad, para todos los propósitos a través del mundo incluido, pero no limitado, a la fabricación, distribución, exhibición y venta de películas para usos no comerciales, para propósitos de afiches, tarjetas postales, álbumes productos similares que Ustedes o cualquiera a quien Ustedes designen sin responsabilidad u obligación para mí. Estoy de acuerdo en que no hare valer ningún reclamo o acción en contra de Ustedes o sus sucesores, licenciados asignados o a cualquiera asignado por Ustedes para usar tales fotografías, videos, grabaciones y comentarios escritos en los campos de dicho anuncios o publicidad relacionada que viólelos derechos o la privacidad de los niños o que viole cualquier otro derechos contenidos en el documento arriba descrito y que el/ella no sería fotografiado(a)/filmado(a) sino por mi ejecución de este documento.

Yo, por este medio, renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o aprobación de cualquier uso de ello e irrevocablemente libero a Ustedes y cualquiera de su divisiones de cualquier responsabilidad (Para compensaciones o lo demás) provenientes de o en conexión con el uso del nombre de mi niño), apariencia, y/o comentarios. Yo, por este medio, libero a First 5 Amador, sus socios, afiliados, sucesores y designados junto con sus empleados, directores, representantes, agencias y licenciados de cualquier responsabilidad en conexión con el uso de cualquiera de estas imágenes.

Firma del Padre o Guardián

Nombre del Padre o Guardián

Dirección Postal

Ciudad, Estado, Código



FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE EVALUACIÓN

First 5 Amador, 975 Broadway, Jackson, CA 95642 (209) 257-1092

Yo, por este medio, estoy de acuerdo en liberar, por las evaluaciones, a mi hijo(a) _____ (nombre completo del niño(a), en conexión con First 5 de Amador y la transición al programa "Bridge" de kindergarten durante Junio/Julio del 2013. Estas evaluaciones ayudaran a sus profesores de kínder a tener una mejor direcciónón en que aéreas están más desarrollados al entrar al colegio y serán solamente dados al personal del Distrito Escolar de Amador.

Firma del Padre o Guardián

Nombre del Padre o Guardián

Dirección Postal

Ciudad, Estado, Código



Información De Emergencia

Por Favor Todos Los Artículos

Nombre completo legal del estudiante _____

Fecha de nacimiento (Mes/Día/año) _____
Apartado postal _____ Ciudad _____ Codigo _____
Dirrección fisica _____ Ciudad _____ Codigo _____

El estudiante vive con: (Compruebe todos aplicables)
¿Divorcido o se separado a quien la corte ha concedido custodia?
Madre o guardian _____ Teléfono casero _____ Célular _____

Contactos locales para emergencia. Si mi niño esta enfermo o hay una emergencia y no puedo ser contactado, llame por favor:
(Solamente las personas nombrados abajo serán permitidas para recojer a niño de la escuela sin el permiso anterior de padre.)

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ Célular _____
Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ Célular _____
Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ Célular _____

Otros niños en la familia que vive en casa

Table with 3 columns: Nombre, Fecha de nacimiento, Escuela

Información de la salud

Entiendo que First 5 Amador no proporcione la aseguranza médica de accidente para los estudiantes.

Nombre de seguro médico _____ Nombre de médico _____

- 1. Hay información de la salud que usted quisiera compartir con el personal de la escuela?
2. Su hijo tiene alergias a comidas que requerirían la atención médica inmediata?
3. Toma su hijo receta médico en caso o escuela? Cuál es: Cuándo se toma?

* La autorización escrito del doctor y la petición del padre deben acompañar todas las prescripciones y las medicaciones de tiendas.

Yo doy mi concentimiento de información de salud al personal de la escuela y a los adultos que tengan custodia del cuidado de mi hijo/hija, y a quien necesite la información para mantener a mi hijo/hija cuidado y sano. En algun evento de emergencia, cuando no puedan comunicarse con los padres o guardianes, yo doy permiso a el personal de la escuela que haga la decisión para que mi niño/niña reciba, la atencion debida y necesaria, incluyendo trans- portación si la es necesario. Yo autorizo el doctor nombrado en la parte de arriba de esta hoja que mi hijo/hija reciba la atención médica que sea neces- aria. En el evento que ese doctor no está disponible, yo doy mi autorización para que un doctor o cirujano haga el tratamiento necesario, para mi hijo/hija.

Firma de padre o guardian _____

Fecha _____

ES SU RESPONSABILIDAD PARA NOTIFICAR LA ESCUELA DE CAULQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN DADO ARRIBA.