



Formulario de inscripción para el Programa Puente de Verano de Kindergarten 9-26 de junio de 2025



**Fecha límite para la inscripción prioritaria:
16 de mayo**

¿A qué escuela asistirá su hijo en otoño?

- Lone Jackson Sutter Creek
 Pioneer Pine Grove Plymouth.

Este programa GRATIS es para niños que empezarán el kínder en el OTOÑO de 2025 y que podrían aprovechar un programa de transición en el verano.

Se dará prioridad a los niños que no hayan asistido a preescolar o TK.

AVISO IMPORTANTE

Para inscribir a su hijo/a, es necesario presentar una copia actualizada del registro de vacunación. Adjunte una copia junto a este formulario de inscripción.

Información del Niño(a):

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____
Género: Femenino Masculino **Fecha de nacimiento:** (dd-mm-aa) _____

Etnicidad:

- Blanco Multirracial
 Hispano/Latino Negro/Afroamericano
 Asiático Nativo de Alaska/Americano
 Isleño del Pacífico Indígena
 Otro: _____

Dirección de envío:

Calle/P.O. Box

Ciudad/Código postal

Dirección física:

Calle

Ciudad/Código postal

Información de Salud:

Entiendo que First 5 Amador no proporciona seguro médico por accidentes para los estudiantes en caso de lesiones relacionadas con el programa. ¿Tiene algún tipo de seguro médico?

¿Dispone de algún tipo de seguro médico?

- Medi-Cal Cover California Seguro privado
- Otro: _____ Ninguno

Nombre del seguro médico: _____

Nombre del médico: _____

¿Ha recibido su hijo/a todas las vacunas recomendadas para su edad? Sí No

¿Hay alguna condición de salud relacionada con su hijo/a que le gustaría compartir con el personal del programa? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

¿La condición mencionada anteriormente requiere medicación? Sí No

¿Su hijo presenta alergias alimentarias o de otro tipo que necesiten atención médica inmediata? Sí No

Alergias: _____

¿Su hijo/a está tomando medicamentos recetados de forma regular? Sí No

Enumere todos los medicamentos:

¿En qué momento se consume?

Una autorización escrita del médico y una solicitud de los padres deben acompañar todos los medicamentos que se administren durante los programas.

Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica a todo el personal y a otros adultos que tengan a mi hijo bajo su custodia y que puedan necesitar conocer esta información para garantizar su salud y seguridad. En caso de emergencia, cuando un padre, madre o tutor no esté disponible, autorizo al personal del programa a que, a su criterio, realice los arreglos necesarios para que mi hijo reciba atención médica o hospitalaria, incluido el transporte necesario. Autorizo al médico mencionado anteriormente a proporcionar la atención y el tratamiento que se consideren necesarios. En caso de que dicho médico no esté disponible, autorizo que dicha atención y tratamiento sean llevados a cabo por un médico o cirujano colegiado.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Es su responsabilidad informar al personal del programa sobre cualquier modificación en la información previamente proporcionada.

¿Alguien en su hogar utiliza productos de tabaco? Sí No

En caso afirmativo, ¿estarían interesados en recibir un kit gratuito para dejar de fumar?

Sí No

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que su hijo/a tiene un retraso en el desarrollo, necesidad especial o discapacidad? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trastorno emocional | <input type="checkbox"/> Discapacidad específica del aprendizaje: _____ |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Trastorno del habla |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> No se ha mencionado ninguna necesidad especial ni discapacidad |

¿Tiene su hijo/a un IEP (Programa de Educación Individualizado)? Sí No

*Si la respuesta es sí, **¿para qué tipo de necesidad está escrito el IEP?** _____

*Si la respuesta es sí, **¿asistirá con un asistente individual (uno a uno)?** Sí No

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo/a que le gustaría que el maestro/a observara? _____

Por favor, enumere a los hermanos y sus edades:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

¿Qué idioma habla principalmente el niño/la familia en casa?

- Inglés Español Otro: _____

¿Hay algo que le gustaría que el maestro/a supiera sobre su hijo/a? _____

¿Qué cree usted que le gustaría a su hijo/a que el maestro/a supiera sobre él/ella? _____

Cuando su hijo/a está feliz, ¿cómo lo demuestra?

Cuando su hijo/a está triste, ¿cómo lo demuestra?

¿Asistió su hijo/a a guardería o preescolar? Sí No

Si la respuesta es sí, **¿a cuál y por cuánto tiempo?** _____

¿Fue beneficioso? _____

¿Asistió su hijo/a al Kindergarten Transicional (TK)? Sí No

¿Cómo se enteró del Programa de Transición al Kindergarten de Verano?

Por favor, devuelva a:

First 5 Amador

Dirección postal: P.O. Box 815, Jackson, CA 95642

Dirección física: 975 Broadway, Jackson, CA 95642

Fax: (209) 257-1098 **correo electrónico:** q4k@first5amador.com

teléfono: (209) 257-1092

Un proyecto de:





FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFÍAS DE NIÑOS DE

First 5 Amador, P.O. Box 815, Jackson, Ca 95642 (209)257-1092

Por la presente otorgo a usted y a cualquier persona designada por usted y sus licenciarios y cesionarios el derecho a fotografiar y/o filmar a mi hijo(a), _____ (nombre completo del niño(a)), en relación con First 5 Amador y el Programa Puente de Kindergarten durante junio de 2025, y a utilizar la fotografía y/o el video así obtenidos según lo decida dicha parte.

Acepto que dichas fotografías, videos y comentarios escritos serán y seguirán siendo de su única y exclusiva propiedad para todos los fines en todo el mundo, incluidos, entre otros, la fabricación, distribución, exhibición y venta de películas con fines no comerciales, para el uso en fotografías fijas, postales, álbumes y productos similares que usted o cualquier persona designada por usted seleccione sin obligación ni responsabilidad hacia mí. Acepto que no presentaré ningún reclamo ni acción contra usted o sus sucesores, licenciarios o cesionarios, ni contra cualquier persona designada por usted, por el uso de dicha fotografía, video, grabaciones o comentarios escritos basándome en que se realizó sin mi permiso o que infringe los derechos de mi hijo(a) o viola cualquier otro derecho. Entiendo que usted confía en mi autorización y en la concesión de derechos contenida en este documento, y que no se fotografiaría o filmaría a mi hijo(a) sin esta autorización.

Por la presente renuncio a cualquier derecho de inspección o aprobación de cualquier uso de este material y libero irrevocablemente a usted y a todas las demás partes de cualquier responsabilidad (ya sea por compensación o de otra manera) que surja del uso del nombre, imagen y/o comentarios de mi hijo(a). Por la presente libero a First 5 Amador, sus subsidiarias, afiliadas, sucesores y cesionarios, junto con sus funcionarios, directores, empleados, representantes, agencias y licenciarios de cualquier responsabilidad en relación con el uso de estas imágenes.

Firma del padre, madre o tutor | Escribe el nombre del padre, madre o tutor que firmó

Dirección | Ciudad, Estado, Código Postal



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE EVALUACIÓN

First 5 Amador, P.O. Box 815, Jackson, Ca 95642 (209)257-1092

Por la presente acepto la divulgación de las evaluaciones de preparación para kindergarten realizadas a mi hijo(a), _____ (nombre completo del niño(a)), en relación con el Programa Puente de Kindergarten de First 5 Amador, durante junio de 2025. Estas evaluaciones ayudarán al maestro de Kindergarten de su hijo(a) a tener una mejor comprensión de su desarrollo al ingresar a la escuela y solo serán entregadas al personal del Distrito Escolar del Condado de Amador.

Firma del padre, madre o tutor | Escribe el nombre del padre, madre o tutor que firmó

Dirección | Ciudad, Estado, Código Postal