

## College of Lake County

### Centros de Enseñanza Infantil\* Aplicación de Registración

Semestre: \_\_\_\_\_

Horario: Lunes: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Martes: \_\_\_\_\_

Miércoles: \_\_\_\_\_

Jueves: \_\_\_\_\_

Viernes: \_\_\_\_\_

#### Información del Niño:

NOMBRE(S): \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO (S): \_\_\_\_\_

NIÑO/NIÑA: \_\_\_\_\_ EDAD(S): \_\_\_\_\_ # NIÑOS REGISTRADOS: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(s)/a(s) tiene algún tipo de alergias? SI / NO

Describe:

¿Su hijo(s)/a(s) tienen algún impedimento físico que requieran de alguna asistencia especial? SI / NO

Describe:

#### Información de los Padres:

NOMBRE (madre) \_\_\_\_\_ (padre) \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar (madre) \_\_\_\_\_ (padre) \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo (madre) \_\_\_\_\_ (padre) \_\_\_\_\_

No. Teléfono (madre) Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

No. Teléfono (padre) Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

No. ID de Estudiante de CLC: \_\_\_\_\_

¿Es usted padre soltero? SI / NO Descripción Racial/Étnica: \_\_\_\_\_

¿Recibe usted asistencia por cuidado infantil? Circule todos los que apliquen.

YWCA Ayuda Financiera/Asistencias Otros \_\_\_\_\_



Acreditado por la Asociación Nacional para la Educación de Niños Jóvenes

**College of Lake County**  
**Centro de Enseñanza Infantil \* Horario y Forma de Re-Enlistamiento**

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ No. ID CLC: \_\_\_\_\_

Tel. Hogar: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

<b>Horario de Trabajo/Escuela de Padres:</b>					
<b>Clases</b>	<b>Dias</b>	<b>Horas (desde/hasta)</b>	<b>Instructor</b>	<b>Salon</b>	<b>Horas por Creditos</b>

<b>Información de Emergencia: En caso de <i>EMERGENCIA</i>, las siguientes personas pueden ser contactadas para recoger my hijo. (Nota: Al menos dos personas deben de estar listadas que no sean los padres.)</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Dirección</b>	<b>No. Teléfonos</b>

CFS 581

Estado de Illinois  
 Departamento de Servicios a Niños y Familias de Illinois  
**VERIFICACION DE RECIBO**

YO/NOSOTROS, \_\_\_\_\_

Favor Imprimir Nombre(s)

padre(s) de \_\_\_\_\_ aquí y ahora certifico que Yo/Nosotros hemos

Nombre(s) del Niño(os)

recibido una copia del resumen de los estándares de la licencia imprimida por el Departamento de Servicios a Niños y Familias de Illinois.

\_\_\_\_\_

Firma de la Madre

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Padre

\_\_\_\_\_

Fecha

ESTA FORMA COMPLETADA DEBE SE SER COLOCADA EN EL ARCHIVO DE CADA NIÑO EN LAS FACILIDADES DE CUIDADO DIURNO.

**College of Lake County**  
**Centros de Enseñanza Infantil \* Hoja de Permiso**

Yo, el infrascrito, entiendo totalmente que esto es un servicio de cuidado de niños proveído por el Colegio de Lake County y que no pueden ser considerados responsables por accidentes ocurridos fuera del control de sus servicios.

Día \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Yo autorizo a los empleados del colegio a aplicar los primeros auxilios a mi hijo/a en caso necesario. Yo entiendo que puede estar envuelto transportación en ambulancia de mi hijo/a a la sala de emergencia del hospital más cercano para tratamiento médico. Aunque un esfuerzo será hecho para encontrarme, en algunas situaciones el personal del centro tal vez tendrá que contactar los servicios de emergencia antes de que seamos encontrados. Yo entiendo que la responsabilidad de los gastos por servicios médicos son responsabilidad de los padres.

Día \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yo le otorgo permiso a las maestras para usar las herramientas de evaluación con mi hijo/a y entiendo que la información de esta evaluación será compartida conmigo y mantenida confidencial. Los documentos de la evaluación solo serán revelados con mi permiso.

Yo entiendo que mi hijo/a participara en viajes caminando dentro y fuera del colegio con personal del centro, sean pre-notificados o espontáneos. Yo entiendo que los niños estarán de regreso en el centro para la hora normal de irse de regreso a casa.

Día \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yo le otorgo permiso a mi hijo/a a participar en actividades con estudiantes colegiales de CLC que estas completando asignaciones para sus clases incluyendo pero no limitados a hacer exámenes en áreas académicas a su hijo/a, haciendo que su hijo/a hagan dibujos, entrevistas y platicas con ellos. Estas actividades serán siempre hechas en el salón de clases con el personal del Centro de Enseñanza presentes y con niños que son voluntarios para participar.

Día \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yo le otorgo permiso a my hijo/a a ser fotografiada para propósitos de publicidad de CLC.

Día \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yo le otorgo permiso al personal del Centro de Enseñanza para aplicar protector en contra del sol y/o repelente de insectos que he proveído y marcado con el nombre de mi hijo/a.

Día \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



Accreditado por la Asociación Nacional para la Educación de Niños Jóvenes

**College of Lake County**  
**Centros de Enseñanza Infantil \* Entrevista de Registración**

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_

1. ¿Había estado alguna vez su hijo/a atendiendo un centro pre-escolar o centro de cuidado anteriormente?
  
2. ¿Peinsa usted que su hijo/a tendrá dificultades para separase de usted?
  
3. ¿Tiene el niño/a registrado más hermanos? De ser así, cuáles son sus nombres?
  
4. ¿Tiene usted alguna preocupación con el comportamiento o desarrollo de su hijo/a?
  
5. ¿Tiene su hijo/a algún problema de salud o alergias que nosotros deberíamos saber?
  
6. ¿Necesita su hijo/a asistencia adulta para uso del baño? ¿Qué palabras usa su hijo/a para indicar que necesita usar el baño?
  
7. ¿Favor de compartir con nosotros algunas metas que tenga usted para su hijo/a mientras atienden el centro?
  
8. ¿Está usted interesado en ser voluntario en el salón de clases de su hijo/a?
  
9. ¿Hay algún día festivo que usted no desea que su hijo/a participe debido a creencias familiares?
  
10. ¿Tiene su hijo/a alguna restricción dietética?
  
11. ¿Ay algo más acerca de su hijo/a o de la familia que usted quiere compartir con nosotros?

## College of Lake County

### Centros de Enseñanza Infantil \* Lista de Cotejo del Manual de Padres:

- ( ) Filosofía
- ( ) Plan de Estudios
- ( ) Envolvimiento Familiar
- ( ) Evaluación
- ( ) Acuerdo de Pagos
- ( ) Póliza de Admisión
  - ◆ Lavarse las manos al llegar
- ( ) Procedimientos de Seguridad y Salud para los Niños
  - ◆ Procedimientos de Llegadas
  - ◆ Póliza de Niños Enfermos
- ( ) Expedientes
  - ◆ Formas medicas actual
  - ◆ Horarios de los padres
  - ◆ Contactos en caso de emergencia
- ( ) Pólizas de Asistencia
  - ◆ Horas extras y cargos
  - ◆ Cargos por tardanzas
- ( ) Póliza de Cancelación
- ( ) Póliza de Nutrición
  - ◆ Comidas
  - ◆ Meriendas
- ( ) Tiempo para Siestas
  - ◆ Frisas, almohadas, y peluches

Yo \_\_\_\_\_ he recibido el Manual de Padres del Centro de Enseñanza Infantil del Colegio de Lake County y acepto a seguir las reglas y regulaciones, y asegurar que mi hijo/a cumpla con las reglas y direcciones del personal del centro. Yo además entiendo y acepto, que si mi hijo/a o yo fallamos en seguir las reglas del centro esto puede arriesgar el estatus de registraci3n de mi familia en el Centro de Enseñanza del Colegio de Lake County.

**College of Lake County**  
**Centros de Enseñanza Infantil\* Acuerdo de Pagos**

Yo por este medio inscribo a mi hijo/a (s) \_\_\_\_\_ para el semestre de \_\_\_\_\_ de acuerdo con el horario siguiente:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Yo entiendo que debo de dar una notificación por escrito una semana antes de invalidar o cambiar my horario y solo deberé la porción de los cargos relacionados hasta el tiempo de mi notificación **mas una semana adicional**. Yo entiendo que los cargos de registración no son reembolsables. Además comprendo que cualquier cambio de horario estará sujeto a disponibilidad de espacios al tiempo del cambio.

Yo acepto que todos los cargos deben de ser pagados como está designado siguientemente. Favor de circular las opciones a usarse:

1. Si me inscribo o eh inscrito en el plan de pagos de FACTS, mi balance de cuidado infantil será automáticamente incluido en el plan de pagos a plazos de FACTS.
2. Yo participare en el plan de pagaos a plazos indicado por el Centro de Enseñanza Infantil siguientemente designado.
3. Yo tal vez use fondos de terceros tales como asistencia financiera y del programa de YWCA. Yo entiendo que hasta que el Director del Centro de Enseñanza Infantil reciba aprobación por escrita de estos fondos, el balance del cuidado infantil quedara en my cuenta de estudiante.

Autorizo al Colegio de Lake County para pagar mi cuidado con cualquier subvenciones yo préstamos estudiantiles federales pueda recibir.

Firma: \_\_\_\_\_ Dia: \_\_\_\_\_

Reembolso (si alguno) de los pagos de educación del cuidado infantil son procesador de acuerdo con la Póliza de Cancelación del Centro de Enseñanza Infantil efectivo el día indicado aquí abajo. Faltas por cumplimiento de este contrato puede ser resultado en la no-participación del programa.

Yo acepto pagar \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ horas/días por semana por \_\_\_\_\_ semanas. Total por los servicios de educación: \_\_\_\_\_.

Yo acepto pagar \$ \_\_\_\_\_ por almuerzo por \_\_\_\_\_ almuerzos por semana. Total de cargos por almuerzos \$ \_\_\_\_\_.

Yo acepto a pagar los cargos de registración de \$ \_\_\_\_\_.

Total de cargos: \$ \_\_\_\_\_ Días de Plazo:

\$ \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Plazo uno)

\$ \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Plazo dos)

\$ \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Plazo tres)

\$ \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(Plazo cuatro)

Firma: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_

