



ENROLLMENT INSTRUCTIONS

Dear Parents,

Grace Kids Academy welcomes your family to an environment where your child will grow and learn in a cheerful, nurturing and stimulating environment that emphasizes a love for learning. Thank you for entrusting us as your preferred child care provider.

Throughout the following pages you will find our enrollment forms. All forms should be filled out completely. Should you have any question feel free to contact us (215) 455-1234 ext. 10

 The package contains the following forms:

- Emergency Contact/Parental Consent Form - This form is for people who are allowed to pick up your children in case of an emergency.
- Child Health Report-physical and vaccinations
- Pick-up Parental Pickup Consent Form - Please list anyone that is allowed to pick up your child from the center.
- Emergency Plan Acknowledgment
- Agreement Form
- Registration Form
- Getting to Know You Form - This form is used to get to know your child better while he/she is under our care
- Food Program Application

 Please bring in evidence of Birth Certificate, Social Security Card, and Health Insurance.

 Once application has been received and reviewed, you will then receive your start date.

We look forward to providing your family the greatest quality childcare.

WELCOME TO THE GRACE KIDS ACADEMY FAMILY



Hoja de Registración

Nombre del niño _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Género: ___M ___F Necesidades especiales: ___ Si ___ No

Necesidades especiales del niño: (Impedimento físico, falta de visión o audición, dieta, Etc.): _____

Días de servicios necesarios: ___ Lunes ___ Martes ___ Miércoles ___ Jueves ___ Viernes

___ ELRC ___ Pago Privado Hora de llegada: _____ Hora de salida: _____

Nombre de la madre: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____

Empleo: _____ Teléfono de empleo: _____

Correo electrónico: _____ Celular: _____

Nombre del padre: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____

Empleo: _____ Teléfono de empleo: _____

Correo electrónico: _____ Celular: _____

PERSONA PARA NOTIFICAR EN CASO DE ENFERMEDAD O EMERGENCIA (además de los padres)

Nombre: _____ Relación al niño: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Prefiere que nos comuniquemos con usted por medio de su correo electrónico? ___ Sí ___ No

LISTA DE ESPERA

Un paquete de registración debe ser completado si usted está interesado en inscribir a su hijo en Grace Kids Academy para matrícula inmediata o para ser anotado en la lista de espera. Usted será colocado en nuestra lista de espera si Grace Kids Academy está en su más alto nivel de capacidad o si usted no está listo para dejar que su hijo(a) comience inmediatamente. Las registraciones para matrícula son colocadas en nuestra lista de espera de acuerdo a la fecha en que recibimos los paquetes completos. Las familias que desean cuidado para la semana completa tienen prioridad sobre las familias que requieren cuidado para parte de la semana o medio día. A las familias con niños ya inscritos en Grace Kids Academy se les dará prioridad en la lista de espera automáticamente y serán colocadas al frente de la lista. Tan pronto se haga un espacio disponible, la directora va a llenar ese espacio con la primera familia registrada que haya completado los requisitos de registración. NO GUARDAMOS ESPACIOS VACIOS. Si el espacio está disponible y su hijo no está listo para empezar, usted tiene la opción de pagar por el espacio disponible (es decir, pagar la cuota semanal, hasta que su hijo esté listo para comenzar). Su firma a continuación indica que entiende y desea continuar el proceso de inscripción.

Firma de Padre

Fecha

Para uso oficial solamente

ELRC: ___ P/P: ___ Class Enrolled: _____ Orientation Date: _____

Servicios Necesarios: _____ Complete Packet Rcvd: _____

EMERGENCY CONTACT/PARENTAL CONSENT FORM

55 PA CODE CHAPTERS 3270 124(a) (b) 3270 181 & 182 3280 124 (a) (b) 3280 181 & 182 3290 124 (a) (b) 3290 181 & 18

| | | |
|--|------|---|
| CHILD'S NAME | | BIRTHDATE |
| ADDRESS | | |
| MOTHERS NAME/LEGAL GUARDIAN | | HOME TELEPHONE NUMBER |
| ADDRESS | | CELL: |
| MOTHERS WORKPLACE | | WORK TELEPHONE NUMBER |
| WORKPLACE ADDRESS | | |
| FATHER'S NAME/LEGAL GUARDIAN | | HOME TELEPHONE NUMBER |
| ADDRESS | | CELL: |
| FATHERS WORKPLACE | | WORK TELEPHONE NUMBER |
| EMERGENCY CONTACT PERSON(S) | NAME | TELEPHONE NUMBER WHEN CHILD IS IN CARE |
| | | |
| PERSON(S) TO WHOM WHILD MAY BE RELEASED | NAME | TELEPHONE NUMBER WHEN CHILD IS IN CARE |
| | | |
| NAME OF CHILD'S PHYSICIAN/MEDICAL CARE PROVIDER | | TELEPHONE NUMBER |
| ADDRESS | | |
| SPECIAL DISABILITIES (IF ANY) | | ALLERGIES (INCLUDING MEDICATION REACTION) |
| MEDICAL OR DIETARY INFORMATION NECESSARY IN AN EMERGENCY SITUATION | | MEDICATION, SPECIAL CONDITIONS |
| ADDITIONAL INFORMATION ON SPECIAL NEEDS OF CHILD | | |
| HEALTH INSURANCE COVERAGE FOR CHILD OR MEDICAL ASSISTANCE BENEFITS | | POLICY NUMBER (REQUIRED) |
| PARENT'S SIGNATURE IS REQUIRED FOR EACH ITEM BELOW TO INDICATE PARENTAL CONSENT | | |
| OBTAINING EMERGENCY MEDICAL CARE | | ADMIN. OF MINOR FIRST AID PROCEDURES |
| WALKS AND TRIPS | | SWIMMING N/A |
| TRANSPORTATION BY THE FACILITY N/A | | WADING N/A |

PERIODIC REVIEW

| | |
|---------------------------------|------|
| | |
| SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN | DATE |

| | |
|---------------------------------|------|
| | |
| SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN | DATE |



Forma de consentimiento del padre para recoger su niño

Nombre del niño: _____

Persona (s) a quien el niño puede ser entregado (seleccione una) ___añada ___elimine

Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Relación con el niño: _____

Persona (s) a quien el niño puede ser entregado (seleccione una) ___añada ___elimine

Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Relación con el niño: _____

Persona (s) a quien el niño puede ser entregado (seleccione una) ___añada ___elimine

Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Relación con el niño: _____

Persona (s) a quien el niño puede ser entregado (seleccione una) ___añada ___elimine

Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Relación con el niño: _____

Nota: Usted puede incluir todas las personas que usted desee para recoger a su niño. Si usted necesita una forma adicional, siéntase libre pedirla en la oficina. **TODOS SUS CONTACTOS DEBEN SER AUTORIZADOS O ELIMINADOS POR ESCRITO** Grace Kids Academy no entregara su niño a nadie que no esté incluido por usted en esta forma.

Firma del padre: _____ Fecha: _____



INFORMACIÓN DE PLAN DE EMERGENCIAS

Esta carta es para asegurarnos de la seguridad y el bienestar de los niños que asisten a **Grace Academy Kids, LLC**. Nuestro **Plan de Emergencia** proporciona respuesta a todo tipo de emergencias. Dependiendo de las circunstancias de la emergencia, vamos a utilizar una de las siguientes medidas de protección:

- ✓ **Evacuación Inmediata**-Los estudiantes son evacuados a una zona segura en los terrenos de la instalación en caso de un incendio, etc.
- ✓ **Evacuación**- El desalojo total de la instalación puede llegar a ser necesaria si hay un peligro en la zona. En este caso, los niños serán llevados a un centro de reubicación en: **Hospital St. Christopher Para Niños en 160 E. Ave Erie. Y Front St. (215) 717-8481**
- ✓ **Refugio**- ocurrencias inmediatas, el clima o incidentes relacionados con materiales peligrosos (tóxicos), pueden determinar si el refugio en el interior del edificio es la mejor respuesta inmediata.
- ✓ **Cambios en las operaciones normales**-Podría incluir la cancelación, aplazamiento o reprogramación de las actividades normales. Estas acciones se toman normalmente en caso de una tormenta de invierno o problemas de construcción o del edificio (como las interrupciones de servicios públicos) que lo hacen un lugar no adecuado o inseguro para los niños. Estos cambios pueden ser necesarios en una variedad de situaciones.

Usaremos mensajes de texto o Smartcare para anuncios relacionados a cualquiera de las acciones de emergencia mencionadas anteriormente. Le pedimos que no llame durante la emergencia. Esto evitará que la línea telefónica principal esté libre para hacer llamadas de emergencia e información de emergencia. Puede usar nuestro teléfono alternativo **para contactarnos en caso de emergencia (267) 518-8171**.

La hoja para designar a las personas para recoger a su hijo se incluye con esta carta para que la complete y devuelva a nuestro Centro. Este formulario se utilizará cada vez que su hijo sea despachado. Por favor, asegúrese de que sólo las personas que usted indicó en el formulario recojan a su hijo.

Les exhortamos a no hacer cambios a los arreglos que usted ya hizo durante una emergencia. Esto sólo va a crear más confusión y desviar el personal de las funciones de emergencia asignadas. Con el fin de garantizar la seguridad de sus hijos y de nuestro personal, le solicitamos comprensión y cooperación. Si usted tiene preguntas adicionales acerca de nuestros procedimientos de operación de emergencia contactar al 215-455-1234.

Por este medio autorizo a **Grace Kids Academy, LLC**. a entregar a mi hijo (a): _____

a la(s) persona(s) designada(s) en acuerdo con el **Plan de Emergencia de Grace Kids Academy LLC**.

NOTE: *La persona designada es adicional a los padres y no deben ser incluidos en la lista.*

| DESIGNATED PERSON | PHONE NUMBER | RELATIONSHIP |
|-------------------|--------------|--------------|
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Firma

Date

AGREEMENT

55 PA CODE CHAPTERS 3270.123 &.181(C); 3280.123 &.181(c); 3290.123 &.181(c)

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| NAME OF CHILD | | |
| FEE AMOUNT \$ | PER-DAY-WEEK <i>Week</i> | DAY PAYMENT TO BE MADE <i>Mondays</i> |
| Services to be provided as part of the day care fee (examples; transportation, care, meals, etc.) | | |
| <i>Grace Kids Academy provides child daycare services and educational services. Grace Kids Academy will provide daily care, educational experiences, periodic growth and development assessments, and will provide meals (breakfast, lunch, and snack) through the CACFP Food Program.</i> | | |
| | | |
| CHILD'S ARRIVAL TIME | CHILD'S DEPARTURE TIME | PERSON(S) DESIGNATED BY PARENT TO WHOM CHILD MAY BE RELEASED |
| LATE FEE \$ 5.00 | PER MIN-HR per minute after 5:30pm | |
| Extra services to be provided at an additional fee if applicable | | |
| <i>Grace Kids Academy may host field trips throughout the year as well as other educational experiences at an additional cost not included in the weekly tuition rate. Miscellaneous additional fees include: a \$25 late fee for late tuition payments and a \$5 per minute charge for late pick ups after 5:30pm.</i> | | |

I, the parent/guardian;

received complete written program information at the time of enrollment. (§ 3270.121, 3280.121, 3290.121)

agree to update the emergency contact/parental consent form information whenever changes occur or every 6 months at a minimum. (§ 3270.124, 3280.124, 3290.124)

SIGNATURE-OPERATOR
DATE
SIGNATURE-PARENT OR GUARDIAN
DATE

| |
|---------------------------|
| DATE OF CHILD'S ADMISSION |
| DATE OF WITHDRAWAL |

| PERIODIC REVIEW | |
|------------------------------|-------|
| _____ | _____ |
| SIGNATURE-PARENT OR GUARDIAN | DATE |



FORMA DE CONSENTIMIENTO

Proporcione su consentimiento para lo siguiente:

Evaluación del desarrollo (ASQ)

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba una evaluación del desarrollo, sensorial y de comportamiento por parte del personal de Grace Kids Academy, un voluntario u otra agencia contratada por el Programa. Las evaluaciones son para determinar el nivel actual de funcionamiento de mi hijo y para que se desarrolle un programa de aprendizaje individual, basado en los resultados (habla, lenguaje, crecimiento y desarrollo).

Sí

No

Permiso de publicación de medios de foto y video

Entiendo que las fotografías, las cintas de video, las observaciones y la entrevista se utilizarán para este propósito de documentar el progreso de mi hijo y ayudar a comprender las características de desarrollo únicas de mi hijo. Además, si se toman fotografías o cintas de video de mi hijo, le doy permiso a Grace Kids Academy para usarlas para promover el programa en anuncios de televisión y / o periódicos, exhibiciones, tableros de anuncios, folletos, páginas oficiales de redes sociales de Grace Kids Academy, u otras publicaciones educativas. Las imágenes no se publicarán en sitios web personales ni en redes sociales.

Sí

No

Planes de educación individualizados (IEP) y Planes de servicios familiares individualizados (IFSP)

Entiendo que si mi hijo está recibiendo Servicios de Intervención Temprana y / o tiene una necesidad especial diagnosticada o comienza la Intervención Temprana en el futuro, debo proporcionar una copia del Plan de Educación Individualizado (IEP) si mi hijo tiene 3-5 años y / o los Planes de Servicios Familiares Individualizados (IFSP) si mi hijo tiene entre 0 y 2 años. Proporcionar estos formularios ayudará al maestro de mi hijo a planificar experiencias educativas que sean apropiadas para las necesidades del niño.

Sí

No

Mi firma implica consentimiento a lo anterior.

Nombre del Niño: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Estimados Padres y Familias:

Nuestra principal prioridad es la seguridad de los niños bajo nuestro cuidado y estamos tomando todas las precauciones para la salud y seguridad de nuestros estudiantes. En consecuencia, hemos realizado varios cambios en la apariencia de nuestras instalaciones, así como implementación de nuevas prácticas y protocolos de acuerdo con los CDC y el Departamento de Salud de PA. Nuestro objetivo es asegurarnos de que usted y su hijo se sientan seguros y protegidos para que juntos podamos navegar por las complejidades que presenta esta pandemia. En respuesta al virus COVID-19, estamos implementando lo siguiente para ayudar a mantener nuestras ubicaciones seguras y brindarle apoyo:

- Usando un termómetro sin contacto, evaluaremos la temperatura de cada niño antes de admitirlo en nuestras instalaciones todos los días. A los padres también se les controlará la temperatura antes de entrar por las puertas.
- Los padres solo podrán dejar y recoger a los niños en la entrada de la puerta del salón. Solo se permitirá que uno de los padres lo recoja / deje. Los niños que no estén inscritos en nuestro cuidado no podrán ingresar a nuestras instalaciones. Los padres deben usar máscaras / cubiertas para la cara al entrar al edificio.
- Los padres deben notificar la hora a la que dejarán y recogerán a sus hijos para garantizar una transición sin problemas. Las familias que lleguen tarde deben llamar con anticipación y se le dará una hora para dejar a su hijo. Para la seguridad de sus niños y del personal, estamos exigiendo a las familias que recojan a sus niños a tiempo (antes de las 5:30 pm) para no retrasar el proceso de desinfección que debe realizarse al final de cada día.
- La limpieza y desinfección más frecuente de todos los salones de clases, baños, libros, juguetes, equipo de juego, manijas de las puertas y otras áreas que se tocan con frecuencia se realizarán con productos de limpieza aprobados por EPA y OSHA.
- El acceso a desinfectantes para manos / toallitas desinfectantes estará disponible en todas las instalaciones.
- Se requiere el uso de máscaras faciales por parte de empleados, niños, padres / tutores y cualquier otra persona que ingrese al edificio. Se colocarán letreros que indiquen que no se permitirá la entrada a ninguna persona sin una máscara. Proporcionaremos máscaras a todos los empleados según sea necesario. Este requisito no se aplica a niños menores de 2 años ni a personas que no pueden cubrirse la cara debido a una afección médica.
- Requerido uso de guantes por parte de los empleados durante el cambio de pañal, hora de las comidas o al estar en contacto con fluidos corporales.
- Hemos eliminado los peluches y otros juguetes que no se pueden desinfectar con frecuencia.
- Estamos enseñando a los niños a distanciarse socialmente y a lavarse las manos correctamente:
 - Se desalienta a los niños de cualquier contacto de igual a igual, incluyendo chocar los cinco;

COVID-19 Policies & Procedures

- Los estudiantes están aprendiendo formas de saludarse sin tocarse;
- Los niños y el personal se lavan las manos continuamente, siguiendo las pautas de los CDC sobre el lavado de manos adecuado;
- Se implementará un mínimo de 6 pies de distancia cuando sea posible.
- Turnos escalonados y tiempos de llegada para el personal y los estudiantes.
- A medida que recibamos más información del Departamento de Salud Pública y otras entidades, implementaremos esas recomendaciones y pautas.

También hemos implementado el siguiente plan en caso de que la instalación esté expuesta a un caso probable o confirmado de COVID-19:

- Los empleados o niños que tengan síntomas (es decir, fiebre, tos o dificultad para respirar), o que tengan un familiar enfermo en casa con COVID-19 deben notificar inmediatamente a la Administración del Centro.
- Los empleados o niños enfermos deben seguir los pasos recomendados por los CDC, incluido no regresar al trabajo hasta que se cumplan los criterios de los CDC para suspender el aislamiento en el hogar, en consulta con su proveedor de atención médica.
- GRACE KIDS ACADEMY buscará identificar y notificar de inmediato a los empleados y familias que estuvieron en contacto cercano (dentro de aproximadamente 6 pies durante 10 minutos o más) con una persona con un caso probable o confirmado de COVID-19 desde el período de 48 horas antes del síntoma. desde el inicio hasta el momento en que la persona se aisló, de conformidad con las leyes de confidencialidad aplicables.
- GRACE KIDS ACADEMY asegurará inmediatamente las áreas afectadas y encargará la descontaminación por parte de nuestro equipo de mantenimiento de instalaciones a través del proceso de nebulización de volumen ultra bajo (ULV) y la aplicación de limpieza manual de un desinfectante de grado comercial registrado por la EPA u otro desinfectante aprobado.

Aquí hay algunas cosas que esperamos de nuestras familias para mantener seguras nuestras instalaciones:

- No envíe a su hijo ni ingrese a las instalaciones si:
 - alguno de los dos tiene tos, falta de aire, dolor de garganta o fiebre;
 - en los últimos 14 días ha tenido contacto con alguien con un diagnóstico confirmado de COVID-19;
 - está bajo investigación por COVID-19 o tiene una enfermedad respiratoria;
 - En los últimos 14 días, ha viajado internacionalmente a países con transmisión comunitaria sostenida y generalizada.
- Informe si ha dado positivo en la prueba de COVID-19 o ha estado en contacto con alguien expuesto para que podamos contactar a Trace y notificar a las personas en las instalaciones con las que pudo haber tenido contacto. Implementaremos las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y proteger su privacidad.

COVID-19 Políticas & Procedures

- Informe si usted, su hijo o alguien de su hogar ha viajado fuera de los Estados Unidos para que podamos determinar si es necesario implementar alguna cuarentena.
- Cumplir con los protocolos de seguridad vigentes, como cubrirse el rostro al interactuar con el personal, y practicar el distanciamiento social al ingresar a nuestras instalaciones.

Que traer:

- 2 mudas de ropa (por si los niños tienen un accidente y se ensucian la ropa)
- Camisetas o mamelucos adicionales para los bebés en fase de dentición. (Los CDC nos exigen que cambiemos la ropa de su bebé si hay alguna secreción presente, que incluye baba / saliva).
- Manta y cubrecama. (Lavada una vez a la semana en el Centro)
- Una máscara de respaldo en caso de que se pierda la primera. (Niños a partir de 2 años).

Gracias por su comprensión de estas nuevas pautas y procedimientos que están sujetos a cambios. ¡Esperamos que usted y sus seres queridos se mantengan sanos y seguros!

Sinceramente,

ADMINISTRACIÓN DE GRACE KIDS ACADEMY

Reconocimiento familiar

Yo, _____, por la presente reconozco y recibo la carta anterior con respecto al **Plan de respuesta de COVID-19**. He revisado el plan, entiendo que debo cumplir con las políticas y prácticas anteriores como parte de la inscripción de mi hijo, y acepto cumplir con las políticas y prácticas anteriores. Además, doy mi consentimiento para permitir que mi hijo se tome la temperatura antes de ingresar a las instalaciones y doy mi consentimiento para que mi hijo (que tiene dos años o más) use una máscara.

Firma: _____ Fecha: _____

Acuerdo de padre / tutor

Para proteger a nuestros niños y al personal, acepto mantener a mi hijo en casa si tiene alguno de los siguientes síntomas:

| Esté atento a CUALQUIERA de los siguientes síntomas: | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Fiebre |
| <input type="checkbox"/> | Escalofríos |
| <input type="checkbox"/> | Dolores musculares o corporales |
| <input type="checkbox"/> | Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> | Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> | Congestión o secreción nasal |
| <input type="checkbox"/> | Fatiga |
| <input type="checkbox"/> | Náuseas / vómitos |
| <input type="checkbox"/> | Diarrea |
| <input type="checkbox"/> | Tos nueva o persistente |
| <input type="checkbox"/> | Nueva pérdida del sentido del gusto u olfato |
| <input type="checkbox"/> | Dificultad para respirar |

Si mi hijo tiene alguno de estos signos de COVID-19, no lo enviaré de regreso a la escuela o al campamento hasta que:

- o Mi hijo dio negativo en la prueba de COVID y, por lo demás, está lo suficientemente bien como para regresar a la escuela o al campamento **O**
- o Un proveedor de atención médica ha visto a mi hijo y ha documentado un motivo de los síntomas además de COVID **O**
- o Todos son verdaderos: 1) al menos 10 días desde el inicio de los síntomas Y 2) sin fiebre sin medicamentos contra la fiebre durante 1 día Y 3) los síntomas están mejorando.

Si a mi hijo se le diagnostica COVID-19, no lo enviaré de regreso a la escuela o al campamento hasta el siguiente:

- o Han pasado al menos 10 días desde que mi hijo tuvo los primeros síntomas **Y**
- o Mi hijo no ha tenido fiebre debido a los medicamentos contra la fiebre (p. ej., Tylenol, ibuprofeno) durante 1 día **Y**
- o Los síntomas de mi hijo están mejorando

Si a alguien en mi hogar se le diagnostica COVID-19 o mi hijo está expuesto al COVID-19, lo dejaré en casa durante 10 días.

Si alguien en mi hogar desarrolla algún síntoma de la tabla anterior, le haré una prueba de COVID-19. Encuentre su sitio de prueba más cercano aquí: <https://www.phila.gov/testing>. Si esa persona da positivo, dejaré a mi hijo en casa durante 10 días.

Nombre del niño: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

¡Conociéndote!

Esta información debe compartirse con el maestro de su hijo.

Padre / cuidador: _____

El nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ FECHA: _____

Preguntas sobre composición familiar:

1- Cuéntenos sobre su hogar (vecindario, quién vive allí, nombres de los miembros de la familia y parentesco con el niño):

2- ¿Tiene su hijo padres que no viven en el hogar? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo:

- ¿Su hijo visita a este padre? ___ Sí ___ No
- ¿Hay algún problema de custodia que debamos discutir?

3- ¿Tiene su hijo hermanos? (Nombres y edades)

4- ¿Tu familia tiene mascotas?

5- ¿Su hijo responde a algún apodo? ¿Su hijo tiene apodos para los miembros de la familia?

6- ¿Hay alguna otra información sobre la composición de su familia que le gustaría compartir?

7- ¿Qué idioma se habla en su hogar?

___ Inglés ___ Español ___ Ambos ___ Otro (especificar a continuación)

¿En qué idioma prefiere recibir comunicaciones del centro? _____

8- ¿En qué modalidad prefiere recibir comunicación del maestro de su hijo?

(Marque de correspondencia) Mensaje de Texto Correo electrónico Papel

Información del niño:

1- ¿Ha estado su hijo en un programa de aprendizaje temprano o en una guardería antes?

___ Sí ___ No

- Si es así:

¿Dónde? _____

¿Cuándo? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Hay alguna razón para dejar ese programa que le gustaría compartir?

2- ¿Cómo reacciona su hijo ante otros niños y adultos?

3- ¿Tiene alguna inquietud relacionada con la transición de su hijo a nuestro programa?

4- ¿Hay alguna rutina importante a la hora de dejar / recoger / tomar la siesta, etc. que nos sería útil conocer?

5- ¿Hay algún problema o temor especial que debamos conocer?

6- ¿Su hijo hace alguna de las siguientes cosas?

Mordiendo las uñas Chuparse el dedo Enuresis

Otro: _____

7- ¿Tiene su hijo alguna necesidad especial?

Medical Desarrollo Social Salud Mental

- ¿Alguna de estas necesidades especiales requiere un cuidado especial por parte de nuestros maestros?

- ¿Tiene su hijo un IEP (Plan de educación individualizado) o ISFP (Plan de servicio familiar individualizado)? ___ Sí ___ No
 - Si es así, nos gustaría una copia del plan para poder brindar la mejor experiencia de aprendizaje posible para su hijo.
 - ¿Qué programa o personas trabajan con sus hijos en relación con estas necesidades?

Logopeda Fisioterapeuta Terapeuta ocupacional

Otro Instructor Especial: _____

8- ¿Tu hijo tiene alguna alergia? ___ Sí ___ No (en caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)

Alergias a los alimentos Alergias ambientales Alergias a los medicamentos

9- ¿Existe alguna información sobre la cultura, el origen étnico, el idioma o la religión de su familia que sea importante que sepamos? ¿Le gustaría a usted y / o su familia ser un recurso para alguna actividad de conciencia cultural?

10- Describa el horario de su hijo: (Los bebés deben ser específicos. Agregue cualquier otra información sobre el horario de su hijo)

▪ Hora normal de dormir _____ Hora de despertarse _____ Hora de la siesta _____

• Horarios de las comidas:

• Desayuno _____ Almuerzo _____ Refrigerios _____

• Le gusta y no le gusta la comida:

¿Tiene su hijo un horario diferente en otros entornos de cuidado infantil (niñera, cuidado de parientes / vecinos, escuela)? ___ Si ___ No
Explique:

• Escriba cualquier otra información sobre el horario de su hijo:

11- ¿Su hijo participa en actividades extracurriculares? (Por favor describa)

12- Hábitos para ir al baño:

- Cuénteme sobre los hábitos de uso del baño de su hijo:

- ¿Qué palabras usa su familia para defecar y orinar? ¿Alguna terminología especial para las partes privadas?

- ¿Su hijo sabe ir al baño?

- ¿Necesita recordarle a su hijo que vaya al baño durante las horas de vigilia? Si No

13- Hábleme de los de su hijo:

- Juguetes favoritos: _____
- Juegos favoritos: _____
- Actividades favoritas: _____
- Otros intereses: _____

14- ¿Existe información que nos ayude a hacer que los primeros días de nuestro programa sean más fáciles para su hijo?

15- ¿Hay otra información que le gustaría compartir?



Reconocimiento del Manual de la Familia

Nuestro manual para padres se puede ver en nuestro sitio web, se entregará periódicamente y se puede ver [AQUÍ](#). Por favor firme este reconocimiento. Este manual puede ser actualizado de vez en cuando, y se le proporcionará aviso a medida que se implementen actualizaciones.

Gracias por su inspección de las políticas y procedimientos que hemos establecido para la seguridad y el bienestar de todos los niños a nuestro cuidado. Esperamos trabajar en equipo con usted y su familia.

*“He recibido una copia del Manual para la Familia de **Grace Kids Academy** y he revisado el manual para la familia. Es mi responsabilidad de entender y familiarizarme con el Manual de la Familia y pedir a la administración central la aclaración de cualquier política, procedimiento o la información contenida en el Manual de la Familia de **Grace Kids Academy** que no entienda”.*

Nombre del Niño

Salón

Firma del Padre o Encargado

Fecha

Firma del Empleado de Grace Kids Academy

Fecha