CIUDAD DE GREENACRES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE RECREACION
Forma de Registración para Programas para Jóvenes
☐ **CARES** ☐ **Cool Zone** ☐ **Campamentos**

INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDO DEL NIÑO_____NOMBRE_____SEGUNDO NOMBRE_____

DIRECCIÓN_____CIUDAD/ZIP _____

TELÉFONO DE CASA_____ E-MAIL _____

NOMBRE DE MADRE_____TELÉFONO DE TRABAJO_____OTRO _____

NOMBRE DEL PADRE_____TELÉFONO DE TRABAJO_____OTRO_____

PRINCIPAL CONTACTO CON PARDRES_____ CONTACTO PRINCIPAL #_____

FECHA DE NACIMIENTO_____ EDAD_____ GRADO_____

TALLA DE CAMISA: ☐ Youth S ☐ M ☐ L ☐ Adult S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ 2X

ESCUELA _____# DE I.D. DEL ESTUDIANTE_____

Una clave de acceso es utilizada para verificar que una persona es autorizada para recibir información sobre su hijo/hija por el teléfono. CLAVE DE ACCESO_____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Persona(s) que podemos contactar en caso de una emergencia si los padres no pueden ser contactados (nosotros debemos de poder contactarnos con alguien a todos horas).

NOMBRE_____RELACIÓN_____ TELÉFONO_____

DIRECCIÓN_____

NOMBRE_____RELACIÓN_____ TELÉFONO_____

DIRECCIÓN_____

DOCTOR DE FAMILIA_____TELÉFONO_____

OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER A SU HIJO/HIJA (tienen que ser sobre 18 años y con identificación apropiada)

NOMBRE_____RELACIÓN_____TELÉFONO_____

NOMBRE_____RELACIÓN_____TELÉFONO_____

NOMBRE_____RELACIÓN_____TELÉFONO_____

NECESIDADES ESPECIALES Y MEDICINAS

Nuestro promedio es de un empleado por cada 18 niños. Es apropiado este promedio para su hijo/hija?
☐ Sí ☐ No

Favor de indicar si su hijo/hija requiere 1:1, y por que

_____
_____

Favor de notar, esta modificacion racional no es garantisada. Para Acomedaciones especiales se debe completer una forma cinco dias de negocio depues que haya llenado la registracion del progama. La juventud debe de cumplir con los reqisitos deben de satisfacer la modificacion de racional requerido para poder recebir alojamiento especial. Juventud que tenga casos de comportamiento significante (como negarse a cambio/ aggrecion contra otros, por ejemplo pegar oh patiar) no sera eligible. Padres de la juventud debera pagar de su cuneta por assistencia para Behavioral Intervention para que acompañe a su hijo/hija al programa.

A usted le gustaría este soporte? ☐ Sí ☐ No

Si si, favor explique:_____
_____
Liste cualquier problema medico, alergias o instrucciones que usted piense que debemos saber:

_____

Mi hijo/hija estará tomando medicina durante las horas del programa. Si es asi, complete la forma de medicina.
☐ Sí ☐ No

Nombre de Medicina	**Dosis y Frequencia**	**Hora de tomarsela**	**Posible Effectos Secundarios**

Sabe su hijo/hija nadar? ☐ Sí ☐ No Si marca Sí, explique: ☐ Nada Bien ☐ Nada Excellente
Nos da usted permiso de ponerle crema de protector solar a su hijo/hija? ☐ Sí ☐ No
(El programa para Jovenes no proporciona proteccion solar)

iNFORMACIÓN DE SEGURO

Nombre de Compañía de Seguro_____

de I.D. de Grupo_____ Teléfono:_____

OTRA INFORMACIÓN (Requerida por CSC)
Lenguage principal hablado en la casa _____

Raza del Niño/niña: (marque uno):
☐ White ☐ Hispanic ☐ Black ☐ Otro
Origen Étnico del Niño/niña (marque uno):
☐ Caucasian ☐ Haitiano ☐ America Central ☐ Africano-Americano ☐ Caribbeaño ☐ Otro
Nivel de Educación de Madre: ☐ High school/GED ☐ Collegio Padre: ☐ High School/GED ☐ Collegio
Que actividades o habilidades esperan usted y su hijo/hija recibir del programa?_____

_____

CIUDAD DE GREENACRES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE RECREACION
CARES/Cool Zone/Camps
Forma Suplemental del Departamento de Salud de Palm Beach County

1. ARTICULO XIII, A, 8, a, las Reglas de PBC requieren que los padres reciban una copia del folleto CONOCE AL CENTRO DE CUIDO DE SU NIÑO de las Facilidades de Cuido de Niños. He recibido una copia del folleto CONOCEAL CENTRO DE CUIDO DE SU NIÑO de las Facilidades de Cuido de Niños
   _____ (Iniciales)

2. ARTÍCULO XIV, E, PBC Reglas y Regulaciones de Control de Enfermedades Transmisibles requiere que cada año durante los meses de Agosto y Septiembre los padres reciban información detallando las causas, los síntomas, y la transmisión del virus de la influenza. He recibido una copia del folleto de instalación de cuidado infantil VIRUS DE LA INFLUENZA, GUÍA PARA PADRES (DCF, CF / PI 175-70, Junio de 2009).
   _____ (Iniciales)

3. ARTICULO XIII, A, 8, a, las Reglas de PBC requieren que los padres sean notificados por escrito de las prácticas de disciplina usadas en las facilidades de cuido de niños. He recibido por escrito las prácticas de disciplina usadas en las facilidades de cuido de niños.
   _____ (Iniciales)

4. De conformidad con 65C-22.005 (c) (1) 2, FAC, instalaciones de cuidado infantil con licencia debe obtener el permiso de los padres / tutores sobre la participación de un niño en actividades relacionadas con los alimentos por escrito; (es decir, proyectos de cocina aula, la jardinería, las celebraciones de toda la escuela, y cumpleaños).

   Doy / descenso permiso para que mi hijo participe en activa relacionadas con los alimentos y las ocasiones especiales en donde
   (marque uno) se consumen alimentos, con sujeción a las condiciones que se indican a continuación:

   ___ Permiso general (entiendo que es mi responsabilidad de actualizar este formulario en caso de que mi decisión de cambios de permisos. Estoy de acuerdo de que esta forma se mantendrá en vigor durante el plazo de inscripción de mi hijo.

   ___ Mi niño tiene una alergia a los alimentos o de la restricción dietética. Él o ella puede participar en las actividades, pero no debe comer o manejar los siguientes elementos (por favor lista abajo):

   _____ _____

   _____ _____

   _____ _____

   _____(Iniciales)

5. AUTORIZACIÓN PARA CUIDO MÉDICO DE EMERGENCIA en el evento de una enfermedad seria o un accidente y los padres no pueden ser contactados. _____ (firma)

6. ESTA SU HIJO/HIJA EN ☐ GRATIS ☐ REDUCIDO o ☐ ALMUERZO REGULAR?

7. ACUERDO ALTERNATIVO DE PLAN DE NUTRICIÓN:
   _____(Iniciales)

Indique requisitos especial de dieta:_____ _____

Yo entiendo y apruebo el uso del Plan Alternativo de Nutrición. Yo acepto proveer las siguientes comidas y/o las meriendas para cubrir las necesidades nutricionales de mi hijo/hija:

(Marcado P por Provisión de Padres o C por Provisión del Centro)

Días de Escuela: [P] Desayuno [P] A.M. Merienda [P] Almuerzo [C] P.M. Merienda

Días Enteros: [P] Desayuno [C] A.M. Merienda [P] Almuerzo [C] P.M. Merienda

Campamento del Verano: [C] Desayuno [N/A] A.M. Merineda [C] Almuerzo [C] P.M. Merienda

Yo acepto proveer los padres con un modelo sugerido de comida y menus y a hablar de cualquier problemas, que puedan surgir durante el uso del Plan Alternativo de Nutrición.

_____ _____

FECHA Firma del Operador

_____ _____

FECHA Firma de Padre/Guardian

PBC Dept. de Salud
Licencia #50-51-00526

CIUDAD DE GREENACRES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE RECREACION
CARES/Cool Zone/Camps
Forma de Participación de los Programas para Jóvenes

Nombre Completo del Niño/niña _____

Participación/Consentimiento de Field Trips

Yo, el Padre/Guardian Legal, doy mi aprobación para que el niño/niña mencionada arriba participe en los Programas para Jóvenes de la Ciudad de Greenacres, incluyendo cualquier viajes que hagan tanto adentro del centro como afuera de las facilidades. Yo reconozco y completamente entiendo que mi hijo/hija estará participando en actividades que pueden recibir heridas serias, incluyendo incapacidad permanente y muerte. Además, de que hayan otros riesgos de los cuales no estamos altantos en este momento. Yo asumo todos los riesgos y peligros incidentales a la participación de mi hijo/hija incluyendo la transportación hacia y al regresar de las actividades del programa.

Yo por esto dispenso, libero y acepto de no aguantar responsable a la Ciudad de Greenacres, sus empleados, miembros del concilio, contratistas independientes, voluntarios y participantes de cualquier reclamación o demanda acerca de cualquier herida, pérdida o daño causado a la persona o propiedad de mi hijo/hija al participar en el programa. Yo entiendo que seguro de accidentes no es suministrado por la Ciudad de Greenacres para mi hijo/hija al participar en el programa.

_____(iniciales)

Autorización de Tratamiento Médico de Emergencia

En el evento de una emergencia, yo autorizo el tratamiento del participante nombrado arriba por el hospital más cercano y sus empleados o una Unidad de Emergencia Médica en la escena. Yo no aguantaré a la Ciudad de Greenacres ni a sus empleados responsables, en caso de un accidente, debido a que me siento seguro de que la atención maxima sera dada a todos los procedimientos de seguridad.

_____(iniciales)

Consentimiento de Fotos

Yo entiendo que los Programas para Jóvenes de la Ciudad de Greenacres provee este servicio con los fondos suministrados por el Children's Services Council of Palm Beach County. Yo, el firmante, por este medio autorizo a la Ciudad de Greenacres y el Children's Services Council para que tomen fotos de mi hijo/hija(s) y usar estos retratos para ayudar a publicar el programa, que puede incluir covertura por los medios de communicación y por el público en general. Al firmar abajo, estoy dando mi autorización legal para el uso de las fotos ya mencionados.

DECLARACIÓN: YO HE LEIDO COMPLETAMENTE Y ACEPTO LAS CONDICIONES DE ESTA FORMA DE LIBERACIÓN.

_____ _____

Firma del Padre/Guardian Fecha

PBC Dept. de Salud
Lic. No. 50-51-00526

CIUDAD DE GREENACRES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE RECREACION
CARES/Cool Zone/Camps
Reglas y Procedimientos de Disciplina de los Programas para Jóvenes

Querido Padre/Guardian:

Para poder proveer los participantes del programa con una educación excelente y un ambiente eriquecido, el siguiente plan de disciplina estará en efecto a toda hora:

REGLAS

1. Escuchen y sigan las direcciones la primera vez que se den.
2. Mantengan sus manos, pies y otros objetos para si mismos.
3. Respete a todos en todo momento.
4. Caminen, nunca corran en las areas del programa.
5. Ponga todos las provisiones del programa en su debido lugar.

Recompensas	Consequencias
1. Stickers	1. Advertencia
2. Elogio Verbal	2. Tiempo para tranquilizarse / Redirecciónamiento
3. Boletos de Premio	3. Reporte de Incidente
4. Recompensas Semanales y Mensuales	4. Referral
5. Mentoría/Junior Counselor Entrenamiento	5. Despido del Programa

POLIZA DE DISCIPLINA

1. Disciplina que no requiere un reporte de disciplina o referral sera hecho por los empleados del programa en la clase o en el grupo.

2. Para comportamiento inapropiado, un reporte de incidents es completado por un empleado y accompañará al niño(s) mandados a la oficina del programa. Los padres serán notificados por teléfono o al recoger a su hijo/hija.

3. Después de recibir TRES reportes de incidents, un niño recibirá un reporte de disciplina. Una reunion con el Supervisor Asst. del Programa o el Supervisor del Programa y el empleado y los padres del niño es requerida. Si pedido por los padres, un reporte diario del empleado sera mandado a la casa con el niño.

4. Después de TRES reportes de disciplina, el niño ser'a despedido del programa. Si un niño demuestra comportamiento inexcusable (destrucción de propiedad, comportamiento violento o armas de cualquier clase, etc.), el/ella recibirá un reporte de disciplina automático, el cual puede resultar en suspension inmediata o despedida del programa. Si la suspension occure, los cargos de matriculacion todavía son requeridos para aguantar la posición del niño en el programa. NINGÚN REEMBOLSO SERÁ DADO SI EL NIÑO ES DESPEDIDO O QUITADO DEL PROGRAMA DEBIDO A SU COMPORTAMIENTO.

_____ _____
Firma del Estudiante Nombre Escrito

_____ _____
Firma del Padre/Guardian Fecha

CIUDAD DE GREENACRES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE RECREACION
CARES/Cool Zone/Campamentos
Declaración de Aceptación

HE RECIBIDO UNA COPIA DEL MANUAL PARA LOS PADRES DEL PROGRAMA PARA JOVENES DE GREENACRES. YO HE LEIDO Y ENTIENDO LA INFORMACION QUE CONTIENE Y ESTOY DE ACUERDO DE SEGUIR LAS POLIZAS.

_____ _____

Nombre del niño/niña **Firma del Padre/Guardian**

Fecha:_____

Ciudad de Greenacres
Departamento de Servicios de Ocio
División de Programas Juveniles
Responsabilidad y expectativas de los padres

La misión de la División del Programa de Juventud es proporcionar la mejor experiencia posible para su hijo(s) mientras que promocionamos oportunidades de liderazgo con personal alentador, profesional, capacitado, y experimentado. La ciudad tiene grandes expectativas para los empleados, los participantes y todos los miembros de la familia. De conformidad con la misión del programa, por favor atenerse a lo siguiente:

- Revise la misión del programa, demostrar respeto a los empleados municipales, y apoyar las decisiones tomadas por el personal administrativo.
- Lear el Manual para los Padres del Programa de Juventud para tomar conciencia de las normas y polízas del programa.
- Firmar dentro y fuera a los niño(s) todos los días.
- Apoyer a los Empleados de la Ciudad en sus esfuerzos para asegurar que hijo(s) esten seguros en todo momento.
- Remitir todos pagos mensuales en fecha de vencimiento, seguir los horarios del programa y de pago, ser conscientes de cargos por pagos atrasados/finales de pago y recargos no son negociables.
- El uso de telefono de ceular no está permitido en la sala de espera.
- Saludar a su niño(s) todos los días en un tono positivo y alentador (sin gritos vergonzoso)

Tenga en cuenta que si usted es incapaz de cumplir y demostrar las expectativas del programa mencionadas arriba sobre una base consistente tendrá que encontrar un proveedor de cuidado de niños alternativo.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las expectativas de los padres de el Programa Juventud señaladas anteriormente.

_____	_____	_____
Nombre del padre/guardián (letra de molde)	Firma Nombre del padre/guardián	Fecha

Emitido Por:

_____	_____	_____
Firma	Titulo	Fecha

Testigo:

_____	_____	_____
Firma	Titulo	Fecha

OFFICE OF Early Learning LEARN EARLY. LEARN FOR LIFE.

Children's Services Council PALM BEACH COUNTY Healthy. Safe. Strong.

Florida VPK

SAMPLE FORM

OFFICE OF Early Learning
LEARN EARLY. LEARN FOR LIFE.

Student Comment Log Sheet

Student Name:_____

Date: _____ **Time:**_____

Comments:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

What were the results (if applicable)?_____

_____

_____

_____

Signature of Parent:_____

Date:_____

Signature of Supervisor:_____

Date:_____

Please attach any additional information to this sheet if necessary.

SAMPLE FORM

OFFICE OF Early Learning
LEARN EARLY. LEARN FOR LIFE.

City of Greenacres Leisure Services Department

Accident/Incident Report

Date of Report_____Date of Incident _____ Time of Incident_____AM/PM

Name of Injured/Involved Person_____Age _____

Were Parents Notified? YES_____NO_____ By Whom_____
If not, why? Over 18_____Parents notified at pick-up_____ other_____

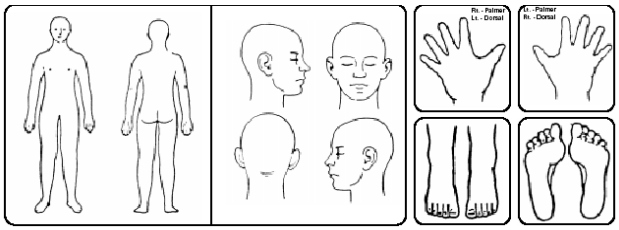
Exact Location of accident/incident_____Weather conditions_____

How did the injury/incident happen_____

_____

Description of injury/incident*_____

(Indicate where on body injury took place)



_____

_____

_____

_____

***Attach any conflicting reports or additional information**

What action was taken?_____

_____

Was first aid given? YES____NO_____By Whom_____

What type of first aid was given_____

_____

Were paramedics contacted? YES_____NO_____ Paramedics Name_____

If yes, did they recommend transporting the individuals to hospital? YES_____NO_____

For ambulance transportation, was parent/guardian approval granted? YES_____NO_____

If yes, by whom?_____Relationship to injured_____

Did Camp Director respond? YES___NO___

Did person making this report witness the accident/ incident? YES___NO__

Witness to injury (other than person making report)_____Phone_____

Signature of person making report_____Date_____

Signature of parent_____Date_____

Supervisor's signature_____Date_____

SAMPLE FORM

City of Greenacres
Youth Programs Division
Discipline Report

DATE OF REPORT: _____

_____has exhibited unacceptable behavior as stated below. This report requires a meeting with parent or guardian, and a consequence as described below. After receiving three discipline reports during the school year, your child will be denied participation in this program. Of course, violence will not be tolerated, and a child may be suspended or expelled from the program without the accumulation of three discipline reports at the discretion of the Youth Programs Supervisor.

PLEASE BE AWARE THAT EVERY ACTION HAS BEEN TAKEN TO AVOID PROGRAM SUSPENSION OR TERMINATION.

Nature of Problem:

PLEASE SPEAK TO YOUR CHILD CONCERNING THIS PROBLEM. YOUR COOPERATION AND ASSISTANCE IS GREATLY APPRECIATED.

This is your child's _____ discipline report.

Youth Programs Supervisor _____ Date _____

Department Director _____ Date _____

I have read and understand the above: _____

Ciudad de Greenacres
Departamento de Servicios de Ocio
División de Programas Juveniles
Responsabilidad y expectativas de los padres

La misión de la División del Programa de Juventud es proporcionar la mejor experiencia posible para su hijo(s) mientras que promocionamos oportunidades de liderazgo con personal alentador, profesional, capacitado, y experimentado. La ciudad tiene grandes expectativas para los empleados, los participantes y todos los miembros de la familia. De conformidad con la misión del programa, por favor atenerse a lo siguiente:

- Revise la misión del programa, demostrar respeto a los empleados municipales, y apoyar las decisiones tomadas por el personal administrativo.
- Lear el Manual para los Padres del Programa de Juventud para tomar conciencia de las normas y polízas del programa.
- Firmar dentro y fuera a los niño(s) todos los días.
- Apoyer a los Empleados de la Ciudad en sus esfuerzos para asegurar que hijo(s) esten seguros en todo momento.
- Remitir todos pagos mensuales en fecha de vencimiento, seguir los horarios del programa y de pago, ser conscientes de cargos por pagos atrasados/finales de pago y recargos no son negociables.
- El uso de telefono de ceular no está permitido en la sala de espera.
- Saludar a su niño(s) todos los días en un tono positivo y alentador (sin gritos vergonzoso)

Tenga en cuenta que si usted es incapaz de cumplir y demostrar las expectativas del programa mencionadas arriba sobre una base consistente tendrá que encontrar un proveedor de cuidado de niños alternativo.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las expectativas de los padres de el Programa Juventud señaladas anteriormente.

_____	_____	_____
Nombre del padre/guardián (letra de molde)	Firma Nombre del padre/guardián	Fecha

Emitido Por:

_____	_____	_____
Firma	Titulo	Fecha

Testigo:

_____	_____	_____
Firma	Titulo	Fecha