



# Acuerdo de inscripción

## Información de inscripción

Nombre / número del sitio
---------------------------

Este Acuerdo es un requisito para la inscripción. Esta información es necesaria para que los programas Champions® cumplan con las regulaciones estatales de licencias sobre cuidado infantil, así como para conocer más a su hijo y satisfacer sus necesidades.

### INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño	Apellido del niño	Teléfono de casa	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado
Código postal		Nombres de otros hermanos que asisten a este programa	
Correo electrónico (pagador)			

### MATRÍCULA

Cuota de inscripción	\$	Situación del alumno: <input type="checkbox"/> Reinscripción <input type="checkbox"/> Alumno nuevo
Matrícula	\$	
Copago de terceros	\$	Pagador primario
Tipo de descuento		Pagador secundario
Descuento (\$ o %)	\$/%	Subsidio / pagador terciario
Matrícula neta	\$	
Cargo por pago atrasado	\$10.00	
Cargo por recogida tarde (por cada 15 minutos)	\$10.00	
Cargo por pago devuelto	\$	
Salida temprana / comienzo tardío	\$	

### HORARIO SOLICITADO

Fecha de inicio					
Champions®   Antes de clases	L	Ma	Mi	J	V
Champions®   Después de clases	L	Ma	Mi	J	V
Kínder   Día completo	L	Ma	Mi	J	V
Kínder   Medio día (AM o PM)	L	Ma	Mi	J	V
Preescolar   Día completo	L	Ma	Mi	J	V
Preescolar   Medio día (AM o PM)	L	Ma	Mi	J	V
Champions® Receso   Día completo	L	Ma	Mi	J	V
Champions® Receso   Medio día (AM o PM)	L	Ma	Mi	J	V
Asistencia no programada	L	Ma	Mi	J	V

### TÉRMINOS CONTRATADOS

- Asistencia programada:** La matrícula se cobrará a la cuota contratada, independientemente de la asistencia. Los cambios de horario deben hacerse a más tardar el miércoles de la semana previa.
- Asistencia:** Todos los sitios estarán cerrados durante los siguientes días festivos: Año Nuevo, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, día posterior a Acción de Gracias y Navidad. La matrícula contratada se cobra por las semanas en las que ocurren cierres.
- Salida temprana, comienzo tardío y días sin clases y recesos:** Habrá un cargo adicional por día en todos los días de salida temprana y los días de comienzo tardío (medio día de clases, retrasos por clima, etc.), como se establece en la matrícula y las tarifas del sitio. Habrá una matrícula diaria especial para los días de capacitación de personal y los días de receso. Debe reservar un cupo para su hijo. En estos días, los programas del sitio estarán abiertos según la necesidad y las políticas del distrito escolar. Se le notificará con anticipación si su sitio estará abierto para brindar atención.
- Excursiones:** Su hijo puede tener la oportunidad de participar en un programa especial o en una excursión. Esto puede resultar en un cargo adicional pagadero antes del día del evento, y puede requerir el llenado de un formulario de permiso específico.
- Información sobre los impuestos:** Es su responsabilidad mantener sus propios registros financieros de cuidado infantil para efectos fiscales.
- Cuota de inscripción:** Se debe pagar una cuota de inscripción no reembolsable para el año escolar al momento de la inscripción y al comienzo de cada año escolar y el verano posterior.
- Matrícula:** Usted acepta pagar la matrícula publicada y las cuotas vigentes para el programa en el que su hijo está inscrito. A medida que su hijo cambia de horario o programa, la matrícula y las cuotas también pueden cambiar. Champions puede, ocasionalmente, ajustar la matrícula y las cuotas. La matrícula y las cuotas no están sujetas a prorroga por enfermedad, días festivos o cierre de emergencia del sitio.
- Matrícula semanal:** La matrícula semanal se debe pagar por adelantado, a más tardar el viernes de cada semana para la semana siguiente. No se cobrará ningún cargo por pago atrasado, a menos que el pago no se haya recibido al finalizar la semana en que se prestó el servicio.
- Cargo por recogida tardía:** Se cobrará un cargo por recogida tardía por cada período de 15 minutos en que su hijo se quede después del horario de operación del sitio más allá de los primeros 15 minutos, y se cargará directamente a su cuenta. No se aceptará dinero en efectivo por este cargo por recogida tardía. El cargo por recogida tardía no constituye un acuerdo para proporcionar servicios fuera del horario de atención, y el cargo por recogida tardía no se aplicará a la matrícula. La tardanza crónica a la hora de cierre puede ser motivo de rescisión del servicio.
- Pagos:** Usted autoriza a Champions a iniciar débitos electrónicos en su cuenta de pago por cada pago que usted presente a Champions. Si cualquier pago de ACH se devuelve sin pagar, usted reconoce que Champions intentará cobrar el pago devuelto electrónicamente hasta dos veces más. Usted autoriza a Champions a debitar electrónicamente de su cuenta el monto de cualquier artículo devuelto, así como un cargo por artículo devuelto en la cantidad máxima permitida por la ley estatal. Además, al recibir un aviso —ya sea por escrito o electrónico— de Champions, usted autoriza a Champions a iniciar un débito en su cuenta de pago almacenada por cualquier monto adeudado que esté vencido. Estas autorizaciones permanecerán en pleno vigor y efecto hasta que Champions haya recibido una notificación por escrito de usted sobre la cancelación de sus autorizaciones.
- Pagos recurrentes:** Los pagos de la cuenta se pueden realizar estableciendo una cuenta de pago automático. El monto de cualquier pago recurrente será el saldo total pendiente que se indique en su factura semanal.
- Pagos devueltos:** Los pagos de los clientes con pagos ACH insuficientes, incoobrables o no elegibles por otro motivo deben enviarse utilizando una cuenta de pago diferente hasta que el saldo se liquide. Champions no puede aceptar pagos en efectivo.
- Reembolso:** Si retira a su hijo del programa, Champions emitirá un reembolso de los pagos anticipados por los servicios no prestados. Los reembolsos se devolverán a la cuenta de pagos electrónicos desde la cual los fondos se pagaron originalmente. En el caso de que no sea posible devolver los fondos electrónicamente a esa cuenta de pago, usted será responsable de un cargo de procesamiento de cheques, y el reembolso se hará en un cheque. Los fondos pagados mediante cheque electrónico o ACH no se pueden reembolsar durante 15 días hábiles, con el fin de permitir que los posibles pagos devueltos se registren en la cuenta del cliente. Se requiere un período de espera de 24 horas para todas las transacciones con tarjeta de crédito y débito. Cualquier cargo identificado específicamente en su contrato como no reembolsable no será reembolsado (p. ej., cuotas de inscripción y educación). Todas las cuentas por cobrar pendientes deben pagarse antes de poder emitir un reembolso.
- Atrasos:** Si enfrenta dificultades para pagar la matrícula, solicitaremos su permiso por escrito para contactar a su director, PTA, socios de la comunidad escolar y DC OSSE para explorar posibles opciones de ayuda. Comuníquese con el director de su sitio si necesita información de contacto de algún socio. Las familias que no hayan pagado cuatro semanas de servicio pueden ser dadas de baja de la inscripción; sin embargo, al momento del pago, la inscripción se puede restablecer con la matrícula y la cuota de inscripción correspondientes pagadas. Las cuentas en mora pueden remitirse a una agencia de cobranza. En el caso de que una cuenta se envíe a cobranza, usted será responsable del saldo de su cuenta y de cualquier cargo de cobranza y honorarios de abogados razonables en relación con el cobro de la cuenta. En el caso de que una cuenta esté en mora o el pago compartido de una cuenta esté en disputa, cualquier parte del pago atrasado que no se pague será responsabilidad del pagador principal.
- Política de cancelación de la inscripción:** A las familias que se las dé de baja de la inscripción debido a la falta de pago y luego se reinscriban, se les cobrará una cuota de inscripción de acuerdo con la matrícula y las tarifas actuales del sitio.
- Parte responsable:** Usted es responsable del pago de todas y cada una de las matrículas, cuotas y otros cargos no pagados por ninguna agencia externa, en la medida permitida por la ley.
- Inscripción no garantizada:** Champions se reserva el derecho de cancelar la inscripción de cualquier niño que presente un riesgo para la salud o seguridad de otros niños o del personal, o cualquier niño cuyas necesidades no puedan satisfacerse en nuestro programa.
- Condición médica especial / Otro:** La práctica de Champions es inscribir a los niños de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, sus regulaciones de implementación y cualquier otra ley federal, estatal o local aplicable relacionada con la prestación de servicios a personas con discapacidades.

# Acuerdo de inscripción

Nombre del niño \_\_\_\_\_

## Contactos e información de atención

CONTACTO PRINCIPAL Y PERSONAS AUTORIZADAS <i>Incluya a los padres y tutores</i>			
¿El padre/madre/tutor es empleado de Champions? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha de empleo _____ Nombre _____			
Padre / madre / tutor 1	Relación con el niño	Teléfono de casa	Teléfono móvil
Dirección	Correo electrónico de casa		No. / estado de la licencia de conducir
Empleador y dirección	Correo electrónico del trabajo	Horario laboral	Teléfono del trabajo / ext.
Padre / madre / tutor 2	Relación con el niño	Teléfono de casa	Teléfono móvil
Dirección	Correo electrónico de casa		No. / estado de la licencia de conducir
Empleador y dirección	Correo electrónico del trabajo	Horario laboral	Teléfono del trabajo / ext.
Información de identificación del padre/madre/tutor (Se requieren 2 artículos)	Pregunta 1 _____	Respuesta 1 _____	
	Pregunta 2 _____	Respuesta 2 _____	
Nota: Se utilizarán preguntas personales para verificar la identidad de los padres / tutores si se solicita una autorización de recogida en el sitio.			

CONTACTO DE EMERGENCIA Y PERSONAS AUTORIZADAS <i>No incluya a los padres ni tutores</i>			
Si es posible, informe al sitio si una Persona de recogida de emergencia recogerá a su hijo en un día determinado. Por la seguridad de su hijo, solicitaremos a todas las personas autorizadas a recoger a su hijo y que sean desconocidas para el personal que proporcionen, en el momento de la recogida, una identificación con foto emitida por el gobierno.			
Nombre 1	Relación con el niño	Teléfono de casa	Teléfono móvil
Dirección	Correo electrónico de casa		Tipo de ID con foto emitida por el gobierno
Empleador y dirección	Correo electrónico del trabajo	Horario laboral	Teléfono del trabajo / ext.
Nombre 2	Relación con el niño	Teléfono de casa	Teléfono móvil
Dirección	Correo electrónico de casa		Tipo de ID con foto emitida por el gobierno
Empleador y dirección	Correo electrónico del trabajo	Horario laboral	Teléfono del trabajo / ext.
Nombre 3	Relación con el niño	Teléfono de casa	Teléfono móvil
Dirección	Correo electrónico de casa		Tipo de ID con foto emitida por el gobierno
Empleador y dirección	Correo electrónico del trabajo	Horario laboral	Teléfono del trabajo / ext.

Si hay una emergencia médica o de otro tipo y Champions no puede comunicarse con usted, se contactará a las personas designadas en esta sección que están autorizadas a recoger a su hijo. El padre/madre/tutor debe completar cualquier formulario de autorización de emergencia específico del estado que sea requerido por las regulaciones de licencias de cuidado infantil de cada estado. Además, la persona autorizada debe tener al menos 18 años de edad.

El personal del sitio entregará a su hijo solo a usted o a las personas que haya indicado en la sección anterior. Las emergencias pueden impedirle recoger a su hijo; por lo tanto, incluya a aquellas personas a las que autorizaría para recoger a su hijo en tales eventos. Si desea que una persona que no esté identificada en la sección anterior recoja a su hijo, debe notificar al personal del sitio por escrito y con anticipación. Su hijo no será entregado a otra persona sin autorización previa. En caso de que solicite una autorización de recogida en el sitio, las preguntas sobre la información de identificación del padre/madre/tutor se utilizarán para verificar su identidad y autorizar la entrega de su hijo.

## NECESIDADES DE CUIDADO INFANTIL

¿Hay algo que debemos saber sobre las necesidades de atención de su hijo para asegurarnos de brindarle la mejor educación y atención de calidad?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ALERGIAS

<input type="checkbox"/> Medicamentos _____	Reacción _____
<input type="checkbox"/> Alimentos _____	Reacción _____
_____	_____
<input type="checkbox"/> Respiratoria _____	Reacción _____
<input type="checkbox"/> Picadura de abeja _____	Reacción _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	Reacción _____

¿Alguna de las alergias es grave o pone en peligro la vida?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

KinderCare Education no discrimina por motivos de religión, color, raza, género, orientación sexual, edad, nacionalidad, discapacidad, estatus de exmilitar de Vietnam o cualquier otro factor protegido por ley. Saber usar el baño no es un requisito de elegibilidad para la inscripción. Comuníquese con el equipo de Servicios de Inclusión para recibir ayuda con necesidades especiales o adaptaciones razonables.

KinderCare Education  
650 N.E. Holladay Street, Suite 1400  
Portland, Oregon 97232  
Teléfono: 1-800-633-1488, ext. 1440  
Correo electrónico: [inclusion@kco-education.com](mailto:inclusion@kco-education.com)

## FIRMA

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

# Acuerdo de inscripción

## Otros términos y certificaciones

Nombre del niño

### OTROS TÉRMINOS

Al firmar este Acuerdo de inscripción e inscribir a su hijo en los programas Champions®, usted reconoce que comprende y acepta lo siguiente:

**Manual de la Familia:** El Manual de la Familia se incorpora como referencia a este Acuerdo de Inscripción. Usted reconoce que ha recibido y cumplirá con las políticas establecidas en el Manual de la Familia.

**Información:** Usted comprende que si hay un cambio en la información proporcionada por usted para este Acuerdo de Inscripción, acepta actualizar tal información.

**Transporte:** Usted comprende que debe notificar a Champions con anticipación sobre cualquier cambio en el horario de transporte o asistencia de su hijo.

**Enfermedad:** Si su hijo se enferma y el sitio lo llama para que lo recoja, usted acepta hacer los arreglos necesarios para que lo recojan del sitio lo antes posible.

**Información médica:** El sitio debe tener una declaración médica sobre su hijo establecida en los formularios provistos por el sitio. Usted acepta devolver estos formularios al sitio dentro de las dos semanas posteriores a la inscripción de su hijo, o antes si así lo requiere la agencia de licencias de su estado. Usted acepta actualizar estos formularios según lo requieran el sitio y los requisitos estatales de licencias.

**Medicamentos: (se deben consultar —y registrar— las regulaciones estatales de licencias con respecto a los medicamentos. Cualquier formulario estatal obligatorio con respecto a la administración de medicamentos recetados o de venta libre también debe ser llenado y firmado por los padres).**

Si lo permiten las regulaciones estatales de licencias, usted autoriza al personal de Champions a administrar a su hijo medicamentos tópicos de venta libre según sea necesario, de acuerdo con las instrucciones de dosificación en el envase del medicamento. Para cualquier otro medicamento de venta libre, si lo permite la licencia estatal o la política del sitio, usted debe proporcionar una autorización por escrito para que el personal de Champions administre el medicamento de acuerdo con las instrucciones escritas de usted o del profesional de atención médica del niño, según sea necesario; usted acepta proporcionar dichos medicamentos u otros suministros, ya que el sitio no los proporcionará. Para cualquier medicamento recetado, usted llenará los formularios de autorización necesarios con su firma, y la etiqueta de la receta se seguirá estrictamente. Usted proporcionará el medicamento en su envase original con la etiqueta del farmacéutico.

**Comunicaciones:** Usted da su consentimiento para que Champions se comuniquen con usted por teléfono, correo electrónico u otros medios. Las comunicaciones por escrito se pueden enviar a casa por medio del contacto de emergencia y las personas autorizadas para recoger a su hijo, cuando sea necesario. Este consentimiento sobrevivirá la rescisión de este Acuerdo de Inscripción.

**Políticas y programa:** Champions se reserva el derecho de modificar sus políticas y programa en cualquier momento. La administración del sitio no tiene la autoridad para alterar o modificar los términos de este Acuerdo, ya sea verbalmente o por escrito.

**Niño ausente:** Usted acepta notificar al personal del sitio antes de las 9:00 a. m. cuando su hijo vaya a estar ausente. Debe notificar al personal del sitio si su hijo no necesita ser recogido de la escuela o si no llegará en el autobús escolar programado en un día en particular.

**Empleo del personal:** Usted comprende que en un esfuerzo por mantener el estatus profesional del personal de Champions y prevenir cualquier posible conflicto de interés, se desaconseja contratar al personal del sitio para servicios de cuidado infantil. Sin embargo, si contrata a algún miembro del personal del sitio, debe hacerlo fuera de las instalaciones del sitio y con el entendimiento de que dichos arreglos y pago por los servicios son únicamente entre usted y el miembro del personal del sitio. El sitio y Champions no avalan tales arreglos, y usted acepta eximir a Champions de cualquier arreglo de este tipo. Si un miembro del personal del sitio elige cuidar a un niño inscrito, el miembro del personal del sitio y usted deben solicitar y firmar un Formulario de Exención de Responsabilidad por Cuidado Infantil de Champions, el cual se mantendrá en el expediente del niño.

**Regulaciones de licencias:** Las regulaciones estatales de licencias de cuidado infantil están archivadas en el sitio y están disponibles para su consulta a petición. Ciertas regulaciones estatales de licencias de cuidado infantil tienen requisitos adicionales a los contenidos en este Acuerdo.

**SOLO PARA CALIFORNIA:** El Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS), u otro organismo público autorizado por CDSS para asumir tales responsabilidades, tendrá la autoridad para entrevistar a los niños o al personal, así como para inspeccionar y auditar los expedientes escolares sin obtener consentimiento previo. El sitio debe hacer las disposiciones para permitir entrevistas privadas con cualquier niño o miembro del personal, así como para inspeccionar todos los expedientes relacionados con la operación del sitio. El Departamento también tendrá la autoridad para observar la condición física de los niños, incluyendo las condiciones que podrían indicar abuso, descuido o colocación inapropiada.

**Rechazo de inscripción:** Champions puede cancelar la inscripción de un niño sin previo aviso si, en la opinión exclusiva de Champions, es en el mejor interés del niño o de Champions.

**Evaluaciones:** Usted autoriza para que su hijo participe en un sistema de evaluación propio, que puede incluir evaluaciones de aprendizaje, encuestas e informes de avance administrados por Champions. Los resultados de estas evaluaciones pueden ser utilizados por Champions para medir el progreso de su hijo en un programa de Champions, así como el avance en el programa general, y se pueden utilizar para evaluar, comercializar y actualizar los programas de Champions. Usted tendrá acceso a los resultados individuales de su hijo (a excepción de las encuestas anónimas).

Iniciales del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIONES

- Sí  No \_\_\_\_\_ Iniciales **Excursiones a pie:** Doy permiso para que mi hijo salga del sitio para hacer ejercicio al aire libre y con fines educativos, en el entendimiento de que mi hijo estará acompañado por el personal del sitio y bajo la supervisión adecuada del personal en todo momento. (Si así lo requieren las regulaciones de licencias de cuidado infantil de cada estado, se me entregará una hoja de permiso específica para cada excursión a pie).
- Sí  No \_\_\_\_\_ Iniciales **Transporte:** Doy permiso para que mi hijo participe y sea transportado mientras esté bajo la supervisión adecuada del personal en todo momento para las excursiones, hacia y desde la escuela, excursiones educativas y otras actividades organizadas por el sitio. Se me entregará una hoja de permiso específica para cada excursión fuera del sitio que requiera transporte. Las excursiones fuera del sitio y todo el transporte de los niños cumplirán con las regulaciones estatales de licencias de cuidado infantil y las políticas del sitio, incluidos los requisitos de edad mínima.
- Sí  No \_\_\_\_\_ Iniciales **Actividades acuáticas:** Doy permiso para que Champions incluya a mi hijo en actividades acuáticas supervisadas, incluidas las actividades acuáticas en el sitio. Se me entregará una hoja de permiso específica para todas las actividades acuáticas fuera del sitio.
- Sí  No \_\_\_\_\_ Iniciales **Fotografías / videocintas:** Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado y grabado en video en el sitio y durante las funciones del programa y las excursiones. Seré notificado si alguna foto / video se utilizará con fines de relaciones públicas, y entiendo que tengo el derecho de rechazar el permiso para dicho uso.
- Sí  No \_\_\_\_\_ Iniciales **Primeros auxilios para niños:** Doy permiso a Champions para darle primeros auxilios a mi hijo cuando sea necesario, y para que mi hijo sea transportado a un centro médico de emergencia. También autorizo a los técnicos de la ambulancia / primeros auxilios a administrar el tratamiento que sea médicamente necesario, y autorizo al hospital / personal médico, a realizar exámenes y tratamientos de emergencia, hasta e incluyendo cirugía, si se justifica.
- Sí  No \_\_\_\_\_ Iniciales **Confirmación médica:** Mi hijo goza de buena salud y sus vacunas están al día y los registros de vacunación están archivados en la escuela. Completaré cualquier formulario de autorización médica específico del estado requerido por las regulaciones estatales de licencias de cuidado infantil.

He leído, entiendo y acepto todos los términos y condiciones descritos en este Acuerdo de Inscripción. La administración del sitio no tiene la autoridad para alterar o modificar los términos de este Acuerdo de Inscripción, ya sea verbalmente o por escrito. Este es un acuerdo legalmente vinculante entre KinderCare Education LLC, comercialmente conocido como Champions®, y el abajo firmante.

Cualquier disputa o reclamación que surja de o esté relacionado con este Acuerdo se someterá a una mediación no vinculante antes del comienzo de arbitraje, litigio o cualquier otro procedimiento ante un juez de hecho. Las partes acuerdan actuar de buena fe para participar en la mediación e identificar un mediador mutuamente aceptable. Si las partes no pueden acordar un mediador, cada una de las partes designará un mediador, y esos mediadores seleccionarán un tercer mediador que actuará como mediador imparcial para ayudar a las partes a intentar llegar a una resolución. Todas las partes de la mediación compartirán equitativamente sus costos.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Marque la casilla si no desea recibir información de Champions, incluyendo boletines y actualizaciones, por correo electrónico u otro medio.



DISTRICT OF COLUMBIA  
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

# EDUCATION

## REGISTRO DE INSCRIPCIÓN PARA LOS NIÑO/AS QUE RECIBEN ATENCIÓN LEJOS DE CASA

**Niño/a:** \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # Residencial: \_\_\_\_\_ Idioma Hablado en el Hogar \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
Número Calle # Apto. Estado CÓDIGO POSTAL

**Padre:** \_\_\_\_\_ # Residencial: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre # Trabajo

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
Número Calle # Apto. Estado CÓDIGO POSTAL

Dirección Trabajo: \_\_\_\_\_  
Número Calle # Apto. Estado CÓDIGO POSTAL

**Madre:** \_\_\_\_\_ # Residencial: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre # Trabajo

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
Número Calle # Apto. Estado CÓDIGO POSTAL

Dirección Trabajo: \_\_\_\_\_  
Número Calle # Apto. Estado CÓDIGO POSTAL

**Pariente o Tutor:** \_\_\_\_\_ # Residencial: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre # Trabajo

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
Número Calle # Apto. Estado CÓDIGO POSTAL

Dirección Trabajo: \_\_\_\_\_  
Número Calle # Apto. Estado CÓDIGO POSTAL

### Persona a contactar en caso de emergencia (distinta al padre/tutor):

\_\_\_\_\_ Relación con el niño/a: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número Calle Apto. # Estado CODIGO POSTAL Teléfono #

### Persona designada y autorizada para recibir al niño/a al final de la sesión:

\_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre

\_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre

\_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Segundo Nombre

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Relación con el niño/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

PARA SER COMPLETADO POR LA INSTITUCIÓN

**Fecha de Admisión:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Salida:** \_\_\_\_\_ **Razón:** \_\_\_\_\_

**Oral Health Assessment Form**

For all students aged 3 years and older, use this form to report their oral health status to their school/child care facility.

**Instructions**

- Complete Part 1 below. Take this form to the student's dental provider. The dental provider should complete Part 2.
- Return fully completed and signed form to the student's school/child care facility.

**Part 1: Student Information (To be completed by parent/guardian)**

First Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_\_

School or Child Care Facility Name \_\_\_\_\_

Date of Birth (MMDDYYYY)

--	--	--	--	--	--	--	--

Home Zip Code

--	--	--	--	--	--

School Grade	Day-care	PreK3	PreK4	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Adult Ed.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Part 2: Student's Oral Health Status (To be completed by the dental provider)**

	Yes	No		
Q1 Does the patient have at least one tooth with <b>apparent cavitation</b> (untreated caries)? This does NOT include stained pit or fissure that has no apparent breakdown of enamel structure or non-cavitated demineralized lesions (i.e. white spots).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q2 Does the patient have at least one <b>treated carious tooth</b> ? This includes any tooth with amalgam, composite, temporary restorations, or crowns as a result of dental caries treatment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q3 Does the patient have at least one permanent molar tooth with a <b>partially or fully retained sealant</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q4 Does the patient have untreated caries or other oral health problems requiring <b>care before his/her routine check-up? (Early care need)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q5 Does the patient have <b>pain, abscess, or swelling? (Urgent care need)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Q6 How many <b>primary teeth</b> in the patient's mouth are affected by caries that are either <b>untreated or treated with fillings/crowns</b> ?	Total Number			
	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Q7 How many <b>permanent teeth</b> in the patient's mouth are affected by caries that are either <b>untreated, treated with fillings/crowns, or extracted due to caries</b> ?	Total Number			
	<input type="text"/> <input type="text"/>			
Q8 What type of dental insurance does the patient have?	Medicaid	Private Insurance	Other	None
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dental Provider Name _____	Dental Office Stamp
Dental Provider Signature _____	
Dental Examination Date _____	

This form replaces the previous version of the DC Oral Health Assessment Form used for entry into DC Schools, all Head Start programs, and child care centers. This form is approved by the DC Health and is a confidential document. Confidentiality is adherent to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA) for the health providers and the Family Education Right and Privacy Act (FERPA) for the DC Schools and other providers.

# DC HEALTH Universal Health Certificate

Use this form to report your child's physical health to their school/child care facility. This is required by DC Official Code §38-602. Have a licensed medical professional complete part 2 - 4. Access health insurance programs at <https://dchealthlink.com>. You may contact the Health Suite Personnel through the main office at your child's school.

## Part 1: Child Personal Information | To be completed by parent/guardian.

Child Last Name:		Child First Name:		Date of Birth:	
School or Child Care Facility Name:			Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary		
Home Address:		Apt:	City:	State:	ZIP:
Ethnicity: (check all that apply) <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Non-Latino <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefer not to answer					
Race: (check all that apply) <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Prefer not to answer					
Parent/Guardian Name:			Parent/Guardian Phone:		
Emergency Contact Name:			Emergency Contact Phone:		
Insurance Type: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> None		Insurance Name/ID #:			
Has the child seen a dentist/dental provider within the last year? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
I give permission to the signing health examiner/facility to share the health information on this form with my child's school, child care, camp, or appropriate DC Government agency. In addition, I hereby acknowledge and agree that the District, the school, its employees and agents shall be immune from civil liability for acts or omissions under DC Law 17-107, except for criminal acts, intentional wrongdoing, gross negligence, or willful misconduct. I understand that this form should be completed and returned to my child's school every year.					
Parent/Guardian Signature: _____			Date: _____		

## Part 2: Child's Health History, Exam, and Recommendations | To be completed by licensed health care provider.

Date of Health Exam:	BP: <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ABNL	Weight: <input type="checkbox"/> LB <input type="checkbox"/> KG	Height: <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	BMI:	BMI Percentile:
Vision Screening: Left eye: 20/____ Right eye: 20/____ <input type="checkbox"/> Corrected <input type="checkbox"/> Uncorrected <input type="checkbox"/> Wears glasses <input type="checkbox"/> Referred <input type="checkbox"/> Not tested					
Hearing Screening: (check all that apply) <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Not tested <input type="checkbox"/> Uses Device <input type="checkbox"/> Referred					
Does the child have any of the following health concerns? (check all that apply and provide details below)					
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Failure to thrive	<input type="checkbox"/> Sickle cell			
<input type="checkbox"/> Autism	<input type="checkbox"/> Heart failure	<input type="checkbox"/> Significant food/medication/environmental allergies that may require emergency medical care. Details provided below.			
<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Kidney failure	<input type="checkbox"/> Long-term medications, over-the-counter-drugs (OTC) or special care requirements. Details provided below.			
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Language/Speech	<input type="checkbox"/> Significant health history, condition, communicable illness, or restrictions. Details provided below.			
<input type="checkbox"/> Cerebral palsy	<input type="checkbox"/> Obesity	<input type="checkbox"/> Other: _____			
<input type="checkbox"/> Developmental	<input type="checkbox"/> Scoliosis				
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Seizures				
Provide details. If the child has Rx/treatment, please attach a complete Medication/Medical Treatment Plan form; and if the child was referred, please note. _____					

## TB Assessment | Positive TST should be referred to Primary Care Physician for evaluation. For questions call T.B. Control at 202-698-4040.

What is the child's risk level for TB? <input type="checkbox"/> High → complete skin test and/or Quantiferon test <input type="checkbox"/> Low	Skin Test Date:	Quantiferon Test Date:
	Skin Test Results: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive, CXR Negative <input type="checkbox"/> Positive, CXR Positive <input type="checkbox"/> Positive, Treated	Quantiferon Results: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Positive, Treated
Additional notes on TB test: _____		

## Lead Exposure Risk Screening | All lead levels must be reported to DC Childhood Lead Poisoning Prevention. Call 202-654-6002 or fax 202-535-2607.

ONLY FOR CHILDREN UNDER AGE 6 YEARS Every child must have 2 lead tests by age 2	1 <sup>st</sup> Test Date:	1 <sup>st</sup> Result: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Developmental Screening Date:	1 <sup>st</sup> Serum/Finger Stick Lead Level:
	2 <sup>nd</sup> Test Date:	2 <sup>nd</sup> Result: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal, Developmental Screening Date:	2 <sup>nd</sup> Serum/Finger Stick Lead Level:
HGB/HCT Test Date:		HGB/HCT Result:	

**Part 3: Immunization Information** | To be completed by licensed health care provider.

Child Last Name:		Child First Name:				Date of Birth:		
Immunizations		In the boxes below, provide the dates of immunization (MM/DD/YY)						
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5			
DT (<7 yrs.)/ Td (>7 yrs.)	1	2	3	4	5			
Tdap Booster	1							
Haemophilus influenza Type b (Hib)	1	2	3	4				
Hepatitis B (HepB)	1	2	3	4				
Polio (IPV, OPV)	1	2	3	4				
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	1	2						
Measles	1	2						
Mumps	1	2						
Rubella	1	2						
Varicella	1	2	Child had Chicken Pox (month & year): Verified by: _____ (name & title)					
Pneumococcal Conjugate	1	2	3	4				
Hepatitis A (HepA) (Born on or after 01/01/2005)	1	2						
Meningococcal Vaccine	1	2						
Human Papillomavirus (HPV)	1	2	3					
Influenza (Recommended)	1	2	3	4	5	6	7	
Rotavirus (Recommended)	1	2	3					
Other	1	2	3	4	5	6	7	

The child is **behind on immunizations** and there is a plan in place to get him/her back on schedule. **Next appointment is:** \_\_\_\_\_

**Medical Exemption (if applicable)**

I certify that the above child has a valid medical contraindication(s) to being immunized at the time against:

- Diphtheria     Tetanus     Pertussis     Hib     HepB     Polio     Measles  
 Mumps     Rubella     Varicella     Pneumococcal     HepA     Meningococcal     HPV
- Is this medical contraindication permanent or temporary?     Permanent     Temporary until: \_\_\_\_\_ (date)

**Alternative Proof of Immunity (if applicable)**

I certify that the above child has laboratory evidence of immunity to the following and I've attached a copy of the titer results.

- Diphtheria     Tetanus     Pertussis     Hib     HepB     Polio     Measles  
 Mumps     Rubella     Varicella     Pneumococcal     HepA     Meningococcal     HPV

**Part 4: Licensed Health Practitioner's Certifications** | To be completed by licensed health care provider.

This child has been appropriately examined and health history reviewed and recorded in accordance with the items specified on this form. At the time of the exam, this child is in **satisfactory health** to participate in all school, camp, or child care activities except as noted on page one.     No     Yes

This child is cleared for **competitive sports**.     N/A     No     Yes     Yes, pending additional clearance from: \_\_\_\_\_

I hereby certify that I examined this child and the information recorded here was determined as a result of the examination.

Licensed Health Care Provider Office Stamp

Provider Name: \_\_\_\_\_  
 Provider Phone: \_\_\_\_\_  
 Provider Signature: \_\_\_\_\_    Date: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY** | Universal Health Certificate received by School Official and Health Suite Personnel.

School Official Name: \_\_\_\_\_    Signature: \_\_\_\_\_    Date: \_\_\_\_\_  
 Health Suite Personnel Name: \_\_\_\_\_    Signature: \_\_\_\_\_    Date: \_\_\_\_\_



DISTRICT OF COLUMBIA  
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

# EDUCATION

DIVISIÓN DE APRENDIZAJE TEMPRANO  
Unidad de Licencias y Cumplimiento

## AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA DEL NIÑO

Si mi hijo/a \_\_\_\_\_, nacido/a el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, se enferma o tiene un accidente y no puedo ser contactado, autorizo al siguiente hospital o médico a darle el tratamiento médico de emergencia necesario:

Hospital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
o: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ M.D. No. de Teléfono: \_\_\_\_\_  
(Código De Área)

Dirección: \_\_\_\_\_

Doy permiso a \_\_\_\_\_, ubicado en  
Nombre de la Institución o Persona que Cuida \_\_\_\_\_, a llevar a mi hijo/a para tratamiento.

Acepto la responsabilidad por cualquier gasto necesario incurrido en el tratamiento médico de mi hijo/a, que no está cubierto por lo siguiente:

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Cobertura: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_ Estado:  DC  MD  VA

Alergias o Condiciones Físicas conocidas del niño/a: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el Niño/a: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Residencial Empresa Celular

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Actualización: \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año Mes/Día/Año

**Colocar en la carpeta/registro del niño/a  
Actualizar Anualmente**





# PLAN DE APOYO DE TAREA Y ACUERDO DE TAREA FAMILIAR

Por favor revise este Plan de Apoyo de Tarea y llene el Acuerdo de Tarea Familiar junto con su hijo. Después de completar el acuerdo, devuélvalo al director del director del sitio del centro para que se incluya en el archivo de su hijo.

## Plan de apoyo a la tarea

- Proporcionaremos tiempo dedicado todos los días para que su hijo trabaje en sus tareas escolares. Actividades adicionales serán planificadas y provistas durante el tiempo de tarea designado para niños que han completado su tarea o que no tienen tarea.
- Proporcionaremos un espacio cómodo que minimice las distracciones y aliente a los niños a trabajar en sus tareas. El espacio incluirá materiales tales como libros de referencia, reglas, calculadoras, papel cuadriculado, bolígrafos, lápices y papel de cuaderno.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para asociarnos con el distrito escolar de su hijo y los maestros de aula para hacer uso de los recursos de apoyo patrocinados por la escuela y para obtener una comprensión de las expectativas de las tareas.
- Estaremos disponibles para discutir y responder preguntas sobre el esfuerzo de su hijo para completar su tarea.
- Mantendremos el Acuerdo de tarea para la familia completado en el archivo y lo remitiremos según sea necesario para recordarle a su hijo su acuerdo como familia y cómo él o ella puede usar el apoyo con la tarea proporcionada por este programa.

**Tenga en cuenta que las tareas de su hijo deben completarse en línea o en formato digital; es posible que no podamos ayudarlo a completarlas.**



## Acuerdo de tarea familiar

El nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del maestro de nivel de grado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

### Niño

#### Entiendo que es mi responsabilidad:

- Tengo una lista de todas mis tareas y sé qué se espera que las complete.
- Traer los materiales necesarios para completar mis tareas.
- Preguntar cuándo necesito ayuda con la tarea o tengo una pregunta.

**Encierre en un círculo la afirmación que mejor describa dónde, cuándo y cómo prefiere hacer su tarea:**

En un lugar tranquilo       en un lugar donde puedo hablar y moverme mientras trabajo

En una mesa       en un sofá o en una silla de puff

Haga la tarea primero       haga la tarea después de la merienda y el tiempo para correr o relajarse

Trabaja solo o trabaja en un grupo pequeño

**¿Qué tareas son generalmente las más fáciles para ti?**

---

---

---

**¿Qué tareas son generalmente las más difíciles para ti?**

---

---

---

**Por favor complete esta oración: Cuando me quedo atascado en mi tarea, me ayuda cuando un adulto**

---

---

---

**Padre o guardian**

Entiendo que es mi responsabilidad:

- ✓ Verifique la exactitud de las tareas terminadas y ayúdelo con cualquier tarea adicional.
- ✓ Comuníquese con mi hijo y el personal del programa, según sea necesario, para asegurar que mi hijo / a aproveche el apoyo y los recursos provistos por el programa.

**Cuando mi hijo se queda atrapado en la tarea, me ayuda cuando**

---

---

---

---

**Cuando mi hijo se queda atrapado en la tarea, NO ayuda cuando**

---

---

---

---

**¿Qué tipo de asistencia se necesita con más frecuencia para ayudar a su hijo a completar la tarea?**

- Comprender las instrucciones de asignación
- Organizar el tiempo y / o asignaciones
- Memorizar o practicar hechos
- Comprender el contenido de las tareas

**Como familia, hemos discutido el Plan de apoyo a la tarea y el Acuerdo de tareas para la familia y hemos decidido que nuestro hijo:**

- Trabajar en casa en casa
- Aproveche al máximo el tiempo de tarea proporcionado por el programa y trabaje en todas las materias para las cuales se asigna la tarea
- Aproveche al máximo el tiempo de tareas proporcionado por el programa, pero se centrará en las siguientes materias:

---

---

---

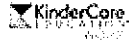
---

\_\_\_\_\_  
Firma del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/ tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



I have received and read the 2018-2019 Champions Parent Handbook (online contracted term)

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardians Signature

\_\_\_\_\_  
Child's Name

\_\_\_\_\_  
Date

He recibido y leído el Manual para Padres de Campeones 2018-2019 (término contratado en línea)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
El nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha



Información de los padres

El nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

¿Algo que deba saber sobre su hijo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



DISTRICT OF COLUMBIA  
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

# EDUCATION

## AUTORIZACIÓN PARA VIAJES Y ACTIVIDADES

Permiso especial sólo para esta actividad       Permiso general para todas las actividades

Yo, \_\_\_\_\_ padre/tutor de  
Nombre del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_ doy permiso  
Nombre del Niño/a

para que mi hijo/a participe en las siguientes actividades:

**Viajes en furgoneta/automóvil (de la institución o de un padre)**

\_\_\_\_\_  
Explicar actividad planeada - dónde y cuándo

**Viajes fuera de la institución**

\_\_\_\_\_  
Explicar actividad planeada - dónde y cuándo

Entiendo que la institución utilizará los dispositivos de retención infantil apropiados y cumplirá con todas las reglas de seguridad del Distrito de Columbia cuando mi hijo/a sea transportado en un vehículo. La institución también me notificará cada vez que mi hijo/a participe en una actividad que involucre transporte.

Además, si la institución tiene actividades planeadas fuera del área cercada,

Le permitiré a mi hijo/a jugar fuera del área cercada; o

No le permitiré a mi hijo/a jugar fuera del área cercada.

Esta autorización es válida desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmado

**POR FAVOR, MANTENGA UNA COPIA EN EL REGISTRO DEL NIÑO/A.**