SOUTH MADISON COMMUNITY SCHOOL CORPORATION
Programa de cuidado infantil Kids' Connection
Aplicación de registro

Para reservar un lugar en el programa de cuidado infantil Kids' Connection, entregue esta aplicación a la escuela a la que su hijo asiste, junto con el pago por inscripción. **Este pago no es reembolsable.**
Haga los cheques a nombre de SMCSC- Kids' Connection.
Por favor verifique en que tipo de servicios de cuidado está registrando a su hijo(s).

2022-2023 Cuidado Matutino y/o Vespertino **- Costo por inscripción -$25.00 por familia.**

Fecha de inicio: _____ □ Matutino □ Vespertino □ Ambos Matutino y Vespertino
□ Marque la casilla por aquellos casos en los que su hijo deba salir temprano del programa y esta opción será agregada a la página personal de su hijo en PowerSchool.

Por favor indique la escuela de su hijo: **East** **Maple Ridge** **Pendleton**

Nombre(s) de alumno(s) por inscribir:	**Fecha de Nacimiento**	**Nombre(s) de alumno(s) por inscribir:**	**Fecha de Nacimiento**

Padre(s) de familia/ Tutor(es) que residan con alumno:

Nombre _____ Nombre_____

Relación con alumno _____ Relación con alumno _____

Dirección _____ Dirección _____

_____ _____

Teléfono en casa _____ Teléfono en casa _____

Teléfono de trabajo _____ Teléfono de trabajo _____

Celular _____ Celular _____

_____ _____
Firma Padre de Familia **Nombre de Actual Maestro**

**********Por favor complete el siguiente lado **********

PARA USO DE OFICINA UNICAMENTE: Sitio Kids Connection _____
Sin Costo/Costo reducido de Lunch Ver documento adjunto

Fecha de recibido _____ Cantidad pagada _____ Check# _____
Fecha de cheque _____
Problemas de salud: (Por favor indique si su hijo tiene alguna condición de salud física o emocional)

_____

_____

_____

Nombre de Médico del alumno:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Contactos de emergencia: Por favor proporcione los nombres, dirección y teléfono de dos personas a las que se pueda contactar en caso de emergencia o enfermedad, cuando los padres o tutores no puedan ser contactados.

1. Nombre _____ Teléfono _____

   Dirección _____

2. Nombre _____ Teléfono _____

   Dirección_____

Consentimiento para manejo de emergencias médicas

Si es considerado necesario cuidado médico de emergencia, y no puedo ser contactado, autorizo a Kids' Connection a actuar en mi nombre, para buscar tratamiento médico para mi hijo. Y seré responsable de cubrir todos los gastos relacionados con dicha emergencia.

_____

Firma Padre de familia o Tutor.

Personas autorizadas para recoger a mi hijo

1.Nombre_____ Teléfono _____

2.Nombre_____ Teléfono _____

3.Nombre_____ Teléfono _____

4.Nombre_____ Teléfono _____