

Formulario de Registro del Programa Después de la Escuela

La inscripción se basa en la disponibilidad. Por favor, confirme la ubicación con el coordinador del sitio antes de inscribir a su hijo en el programa.

Fecha de hoy: _____ Escuela: _____ Fecha de Inicio: _____

Por favor círculo: Tarde Programa SÓLO Mañana Programa Tarde y Mañana Programas

1. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Género: Femenino ___ Masculino ___

Escuela: _____ Necesidades Especiales: Sí ___ No ___ IEP: _____ 504 Plan: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Nivel de grado para el próximo año escolar _____

¿Tiene el niño un hermano en el Programa de Aprendizaje Ampliado? No ___ Sí ___

En caso afirmativo: Nombre y Apellido del Hermano: _____

Cuéntenos sobre su hijo por favor incluya información para el personal en la comprensión y el cuidado de su hijo _____

2. INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES

(1) Nombre: _____ Relación con el alumno: _____

Dirección: _____ / _____
Dirección Postal Ciudad, Estado, Código Postal

¿Eres un empleado de CCSD? Sí ___ No ___ Si no: Empleador: _____

Teléfono: 1 ° _____ 2 ° _____ 3 ° _____

* Correo electrónico: _____ Correo electrónico alternativo: _____

(1) Nombre: _____ Relación con el alumno: _____

Dirección: _____ / _____
Dirección Postal Ciudad, Estado, Código Postal

¿Eres un empleado de CCSD? Sí ___ No ___ Si no: Empleador: _____

Teléfono: 1 ° _____ 2 ° _____ 3 ° _____

* Correo electrónico: _____ Correo electrónico alternativo: _____

El niño reside con: ___ Padre ___ Madre ___ Ambos ___ Guardián ___ Otro: (Especifique) _____

Palabra (s) de reconocimiento de Familia _____ (opcional)

3. INFORMACIÓN DE RECOGIDA DEL ESTUDIANTE / CONTACTOS DE EMERGENCIA RESTRICCIONES DE CUSTODIA

___ Autobús (no disponible en todos los programas) ___ Recogida Sólo ___ Paseante ___ Otro _____

Personas autorizadas para recoger a mi hijo si no me pueden contactar (se requiere una identificación con foto).

¿Puede esta persona tomar decisiones de salud para su hijo?

Nombre: _____ Teléfono: _____ Sí ___ No ___

Nombre: _____ Teléfono: _____ Sí ___ No ___

Nombre: _____ Teléfono: _____ Sí ___ No ___

Restricciones de Custodia / Persona (s) que no pueden recoger al niño: (documento legal obligatorio adjunto).

4. INFORMACIÓN DE SALUD / TARJETA DE EMERGENCIA

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Años: _____ Género: Femenino ___ Masculino ___

Medicamentos / Procedimientos Médicos: ((Política de CCSD JLCD-Asistencia a estudiantes con medicamentos).

Cualquier medicamento o procedimiento médico (control de azúcar en la sangre, alimentación por sonda, etc.) que se administrará mediante Expanded Learning requiere un Formulario de Pedido de doctores separado de cualquier medicamento entregado a la enfermera de la escuela para su uso durante el día escolar. La medicación debe ser provista por el padre en el envase original, sellado y debidamente etiquetado. Los formularios de Pedido de médicos están disponibles en la Enfermera de Expanded Learning o en línea en www.ccsdschools.com en la sección de Servicios de enfermería.

Si no puede obtener medicamentos para el Expanded Learning por separado de los que se le dan a la enfermera de la escuela para su uso durante el día, comuníquese con la Enfermera del Programa de Expanded Learning al 843-402-7872 para obtener asistencia.

TDAH/ADD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Toma Medicamentos en Casa <input type="checkbox"/> Toma medicamentos durante el día escolar <input type="checkbox"/> Medicamentos necesarios después de clases. ADD / TDAH Nombre del Médico: _____
Alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ambiental / Estacional <input type="checkbox"/> Alergia a la Comida: _____ <input type="checkbox"/> Alergia grave / que pone en riesgo la vida a: _____ <input type="checkbox"/> Toma medicamentos en casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicación en la Escuela <input type="checkbox"/> Medicamentos de Emergencia (EpiPen) Alergia Doctor: _____ Nombre de medicina: _____ Fecha del Último Uso ___/___/___
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicación de mantenimiento diario en el hogar <input type="checkbox"/> Inhalador de Rescate <input type="checkbox"/> Nebulizador Doctor(a) del asma: _____
Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controles de Glucosa de Sangre <input type="checkbox"/> Medicación Oral <input type="checkbox"/> Conteo de Carbohidratos <input type="checkbox"/> Inyecciones de Insulina <input type="checkbox"/> Bomba de Insulina <input type="checkbox"/> Glucagon Doctor en Diabetes: _____
Epilepsia (Convulsiones)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicación diaria _____ <input type="checkbox"/> Diastat <input type="checkbox"/> Otras Necesidades / Tratamiento _____ Fecha de la última convulsión ___/___/___ Doctor(a) de epilepsia: _____
Consideración de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Toma Medicamentos en Casa <input type="checkbox"/> Toma medicamentos durante el día escolar El Proveedor de Salud Mental: _____ Nombre de medicina: _____
Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rasgo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Toma Medicamentos en Casa <input type="checkbox"/> Toma medicamentos durante el día escolar Fecha de Última Hospitalización ___/___/___ Medico de Anemia: _____
Limitación Física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Limitación <input type="checkbox"/> Aparato Asistir dispositivo requerido <input type="checkbox"/> Toma medicamentos en casa <input type="checkbox"/> Medicamentos necesarios en la escuela Doctor en Discapacidad: _____
Consideración Auditiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derecha ___ Izquierda ___ Ambos ___ <input type="checkbox"/> Asistente (s) de atención <input type="checkbox"/> Implante coclear <input type="checkbox"/> Otro
Consideración de Visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Gafas <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Otro
Consideración Alimentación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alimentación por Sonda <input type="checkbox"/> Deglución
Consideración de Eliminación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cambio de Panales <input type="checkbox"/> Cateterismo en la Escuela
Plan Individual de Salud en los archivos de CCSD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Área de salud del IHP
Plan Individual de Educación o 504 en los archivos de CCSD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa las acomodaciones:
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:

Se requiere que todas las escuelas tengan 1er Respondedor entrenado en RCP y 1er. Ayuda. Si se produce una lesión importante en un niño, el personal inmediatamente solicitará ayuda profesional (911 y la enfermera del programa de aprendizaje ampliado) y seguirá sus instrucciones. Los padres, los contactos de emergencia designados o el médico del niño serán notificados tan pronto como sea posible.

Elección de hospital: _____ Nombre / teléfono del médico _____ / _____

Consentimiento para el tratamiento / divulgación de información

Doy mi consentimiento para que el Programa de Aprendizaje Ampliado de CCSD brinde servicios de enfermería a mi hijo;divulgar e intercambiar información de salud y de identificación personal a Medicaid con fines de facturación (si corresponde) que se mantendrá confidencial y NO afectará ningún servicio que reciba mi hijo.Doy permiso a la Enfermera del Programa de Aprendizaje Ampliado para intercambiar información con el proveedor de atención médica de mi hijo. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial y se utilizará únicamente para proporcionar servicios de atención médica individualizados apropiados para mi hijo mientras esté en la escuela.

Firma del padre / tutor _____ Fecha _____

Por favor, utilice este espacio para cualquier nota o comentario:

5. ACUERDO DE TAREAS

Las expectativas de completar las tareas asignadas durante el programa varían de padres a padres. Este acuerdo es entre usted y su hijo e indica si desea que su hijo haga la tarea. La función del personal de Aprendizaje Ampliado es hacer cumplir el acuerdo que usted y su hijo han alcanzado. Una vez que su hijo completa la cantidad de tarea indicada, su hijo podrá participar en otras actividades ofrecidas por el programa. Por favor, indique qué acuerdo han hecho usted y su hijo.

___ Mi hijo hará la tarea por 30-45 minutos cada día, de lunes a jueves. ___ Mi hijo no hará la tarea mientras esté en el programa. _____ Iniciales

6. NUTRICIÓN

Una buena nutrición es vital para el desarrollo y el bienestar general de los niños. En un esfuerzo por proporcionar el mejor entorno nutricional posible para los niños en nuestro programa y fomentar el desarrollo de buenos hábitos alimenticios, el Programa de Aprendizaje Ampliado ha desarrollado la siguiente política de nutrición. Lo haremos:

- seguir las pautas de nutrición para el cuidado infantil recomendadas por el USDA y CACFP (Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos)
- seguir las normas de nutrición de CCSD, que cumplen con los estándares federales
- limite los alimentos dulces a dos (2) veces por semana (o menos)
- no usar alimentos como recompensa o castigo
- no sirve bebidas azucaradas

_____ Iniciales

7. ACTIVIDAD FÍSICA

Ampliado aprendizaje y "EXPANDED LEARNING" reconoce la importancia de la actividad física para los niños pequeños. Todo el personal se adhiere a las políticas para garantizar a todos los estudiantes se apoya y anima a participar en una variedad de juegos apropiados para la edad.

- Consejeros serán alentar a los niños a ser físicamente activos en interiores y al aire libre en el momento oportuno de manera apropiada.
- Personal investigador interactuar y participar con los niños durante todo el juego para promover la seguridad, buen juego activo y toma de decisiones.
- Consejeros facilitará a los centros de aprendizaje interior y exterior que promueven la actividad física, estilos de vida saludables, seguridad, cooperación y las interacciones sociales saludables.
- Personal investigador nunca utilizar la actividad física o ejercicio como castigo, por ejemplo, hacer flexiones o correr vueltas.
- Personal investigador proporcionará un total mínimo o 20 minutos de actividades físicas planificadas diarias para niños de 3 años y mayores.
- Programa de medio día (4 horas o menos) tendrán juegos al aire libre para niños de preescolar y edad escolar durante un mínimo,
- El programa de todos los días, incluye juego activo al aire libre para todos los niños y ofrece una variedad de material de juego interiores y exteriores para promover la actividad física. Si tiempo al aire libre es reducido debido a inclemencias del tiempo, tiempo de la actividad interior se verá incrementada para asegurar que el importe total de la actividad física sigue siendo la misma
- El programa fomenta e informa a los padres sobre su papel en la preparación de cada niño en ropa/calzado apropiado para la participación en actividad física y el juego.
- Los cuidadores son informados de su papel en a los niños a ser físicamente activos en interiores y al aire libre en el momento oportuno y en forma adecuada.

_____ Iniciales

8. EXCURSIONES Y NATACIÓN

Las excursiones son parte de los programas de día completo y de verano y siguen las políticas de viaje de campo aprobadas por CCSD. Se espera que los niños realicen todos los viajes de campo programados.

Las proporciones estándar de personal por niño son 1:12 para los grados K-1 y 1:15 para los grados 2-6. Estas proporciones están dentro de las pautas emitidas por el Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur (DSS). Las proporciones se ajustarán según sea necesario para actividades específicas.

El transporte para excursiones es proporcionado por servicios de autobús contratados y / o autobuses de actividades CCSD. Los niños no son transportados en vehículos personales.

Tamaño de la camiseta del estudiante (Niño) _____ Extra Pequeño _____ Pequeño _____ Medio _____ Largo _____ Extra Grande

Si una excursión implica nadar, doy permiso a mi hijo para participar en actividades de natación y (marque una) _____ / NO _____ requiero que mi hijo use un chaleco salvavidas en la piscina.

Las excursiones están sujetas a disponibilidad y pueden estar restringidas debido a limitaciones de fondos. _____ Iniciales

9. INCLEMENCIAS DEL TIEMPO

Expanded Learning programas operan de acuerdo con las políticas de CCSD con respecto al cierre temprano de la escuela en caso de condiciones climáticas de emergencia. Si la apertura de la escuela se retrasa, los programas de la mañana se cancelan. _____ Iniciales

10. CONSENTIMIENTO DE PADRES / TUTORES PARA LA FOTOGRAFÍA Y PELÍCULAS PG

Doy mi consentimiento / NO doy mi consentimiento a la Oficina de Aprendizaje Ampliado (Caleidoscopio) de CCSD para fotografiar a mi hijo y utilizar imágenes y / o historias en relación con cualquiera de sus trabajos sin consideración de compensación de ningún tipo, y publico el Distrito Escolar del Condado de Charleston de cualquier reclamo que pueda surgir en dichos saludos. _____ Iniciales

HAGO / NO doy mi consentimiento para que mi hijo vea películas clasificadas PG en el CCSD "Expanded Learning Program" Programa de Aprendizaje Ampliado. _____ Iniciales

11. DISCIPLINA

Se espera que el personal de Expanded Learning respete la dignidad de los niños y se comporten como modelos adultos. El programa no usa ninguna estrategia que duele, avergüenza, o desacredita a un niño. El programa no usa ninguna estrategia que amenace, intimide o fuerce a un niño.

Se evita el contacto físico al disciplinar a un niño a menos que sea necesario impedir que un niño se haga daño a sí mismo o a otro.

El castigo corporal no está permitido. El programa no permite el uso de alimentos como recompensa o castigo. El programa no usa ni retiene actividad física como un medio de castigo.

Al corregir el comportamiento de un niño, el personal verbaliza y le demuestra al niño lo que se debe decir o hacer en lugar de centrarse en el comportamiento no deseado. El personal también explica los motivos de las reglas que los niños deben seguir. Las reglas escolares están vigentes durante los programas de Aprendizaje Ampliado. Se espera que los niños respeten al personal y a los demás.

Si el personal no puede resolver problemas continuos o graves de conducta (como actos agresivos, abusivos, perturbadores o destructivos), el coordinador del sitio analizará el problema con los padres para establecer un plan para tratar el problema. Si el comportamiento del niño no cambia en un período de tiempo razonable, el coordinador del sitio informará a los padres y programará una conferencia. Si el problema no puede resolverse, el coordinador del sitio les dará a los padres un aviso de despido del programa.

He leído y deciden cumplir con el contenido de las políticas de Aprendizaje Programa Ampliado, los de transporte de emergencia y tratamiento médico, inclemencias del tiempo, excursiones, natación y disciplina incluyendo.

Firma del Tutor Legal padre: _____ Fecha: _____

12. DECLARACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL NIÑO DE PARTICIPAR

Certifico que a lo mejor de mi conocimiento _____ está en buena salud física y mental y es capaz de
Nombre completo del niño

Participate en el Programa de Aprendizaje Ampliado "Expanded Learning Program" en _____
Escuela

Firma del Padre / Tutor Legal: _____ Fecha _____

Para proveer el cuidado de su niño(a), para asegurar la seguridad de todos los estudiantes y los empleados, y para apropiadamente tener nuestros programas, es su responsabilidad de notificarnos de las necesidades o los requisitos especiales para su niño(a). Nuestra capacidad para acomodar y proveer para las necesidades especiales depende de la información correcta proveída sobre todas las necesidades y los requisitos especiales para su niño(a). Además, usted nos da permiso para que la escuela de su estudiante comparta información/record pertinente con el programa de Kaleidoscopio sobre las necesidades educacionales de su estudiante. Por favor llame o envíe un correo electrónico al Coordinador de Kaleidoscopio si tiene alguna pregunta.