

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DESPUÉS DE ESCUELA PARA EL AÑO ESCOLAR 2023-2024

Inscripción basada en disponibilidad. Por favor confirme ubicación con el Coordinador de Sitio antes de traer el niño al programa. Verifique con su Coordinador de Sitio a ver si Kaleidoscope en su escuela está licenciada para aceptar niños de 4 años en su programa.

Fecha de Hoy: _____ Escuela: _____ Fecha de Comienzo: _____

Marque uno: Solo Programa de la Tarde Sólo Programa de la Mañana Programas de Tarde y Mañana

1. INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Nombre del Alumno: _____ Género : Feminino Masculino

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

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Nivel de grado para el año escolar 2023-2024: _____

¿Tiene el niño un hermano en el Programa de Expanded Learning? No Sí Si Afirmativo: Nombre del Hermano: _____

Cuéntanos sobre tu hijo –incluya información que sea útil para que el personal comprenda y cuide a su hijo:

2. INFORMACIÓN DEL PADRE/ TUTOR

(1) Nombre: _____ Relación con el Alumno _____

Dirección: _____
Dirección Ciudad, Estado, Código Postal

¿Eres Empleado de CCSD? Sí No Si no: Empleador: _____

Teléfono: 1er: _____ 2do: _____ 3er: _____

* Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico Alternativo: _____

(2) Nombre: _____ Relación con el Alumno: _____

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

¿Eres Empleado de CCSD? Sí No Si no: Empleador: _____

Teléfono: 1er: _____ 2do: _____ 3er: _____

* Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico Alternativo: _____

El niño reside con: Padre Madre Ambos Tutor Otro: (Especificar _____)

Palabra(s) del Código Familiar: _____ (opcional) * Indique una dirección de correo electrónico precisa a largo plazo para facturar la cuenta de su hijo.

3. INFORMACIÓN DE RECOGIDA DE ALUMNOS / CONTACTOS DE EMERGENCIA / RESTRICCIONES DE CUSTODIA

• Autobús (no disponible en todos los programas) Solo para Recoger Caminante Otro: _____

Personas autorizadas a recoger a mi hijo si no pueden localizarme (se requiere identificación con foto). ¿Puede esta persona tomar decisiones sobre la salud de 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 requerido adjunto).

4. INFORMACIÓN DE SALUD / TARJETA DE EMERGENCIA

Nombre del Alumno: _____ Fec. Nac.: _____ Edad: _____ Género: Hombre Mujer

Medicamentos/Procedimientos Médicos: (Política del CCSD JLCD-Ayudando a los Alumnos con Medicamentos)

Cualquier medicamento o procedimiento médico para ser administrado por Expanded Learning requiere un Formulario de Orden de los Doctores separado del que se le da a la enfermera de la escuela para su uso durante el día escolar. Los padres deben proporcionar el medicamento en el recipiente original, sellado y debidamente etiquetado. Los Formularios de Pedido del Médico están disponibles con la Enfermera de Expanded Learning o en línea en www.ccsdschools.com bajo la Sección de Servicios de Enfermería.

Si no puede obtener medicamentos para el Expanded Learning aparte de los que se le dan a la enfermera de la escuela para que los use durante el día, comuníquese con la Enfermera del Programa de Expanded Learning al 843-209-6944 para obtener ayuda.

ADD / ADHD	<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"/> Necesita medicación de la escuela Nombre del Médico de ADD / ADHD: _____
Alergia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ambiental / Estacional <input type="checkbox"/> Alimentos, alérgicos a: _____ <input type="checkbox"/> Alergia grave / potencialmente mortal a: _____ <input type="checkbox"/> Toma medicamentos en casa <input type="checkbox"/> Necesita medicación en la escuela <input type="checkbox"/> Medicamento de Emergencia (EpiPen) Doctor en Alergias: _____ Nombre de Medicina: _____ Fecha del último uso del EpiPen ___/___/___
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicamentos de Mantenimiento Diario en Casa <input type="checkbox"/> Inhalador de Rescate <input type="checkbox"/> Nebulizador de Rescate Médico 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 en 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"/> Glucagón Doctor de 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 Convulsivo: _____
Consideración de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Toma Medicamentos en Casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicación en Escuela 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"/> Necesita Medicación en la Escuela Fecha de la Última Hospitalización ___/___/___ Doctor de células falciformes: _____
Limitación Física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Limitación <input type="checkbox"/> Se Requiere Dispositivo de Asistencia <input type="checkbox"/> Toma Medicamentos en Casa <input type="checkbox"/> Necesita Medicación en Escuela Médico de Discapacidades: _____
Consideración de Audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambas <input type="checkbox"/> Audífonos <input type="checkbox"/> Implante Coclear <input type="checkbox"/> Otra
Consideración de la Visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de Contacto <input type="checkbox"/> Otro
Consideración de Alimentación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tragar <input type="checkbox"/> Alimentación con Sonda G en la Escuela
Consideración de Eliminación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cambio de Pañales <input type="checkbox"/> Cateterismo en la Escuela
Plan de Salud Individual (IHP) Archivado con CCSD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Preocupación por la Salud del IHP: _____
IEP o Plan 504 Archivado con CCSD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor Describa Cualquier Acomodación: _____
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor Describa: _____

Cada escuela requiere tener un 1er Respondiente entrenado en CPR y 1ra Ayuda. Si ocurriera una lesión mayor a un niño el personal llamará ayuda profesional de inmediato (911 y la Expanded Learning Program Nurse) y seguirán sus instrucciones. Padres, contactos de emergencia designados o el doctor del niño serán notificados lo más pronto posible.

Hospital Preferido: _____ Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____ / _____

Consentimiento para Tratamiento / Publicar la Información

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

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

5. OPCIONES DE INSCRIPCIÓN

Por favor indique la inscripción de su hijo/a:

Semanal: Marca días (3, 4 o 5 días) lun mar mier jue vie -O- Diario: Marca días (2 días max) lun mar mier jue vie

Acuerdo de Inscripción: Por razones de seguridad, debemos saber, por avanzado, que niños se espera atiendan en cualquier día dado. Tarifa semanal y/o diaria son pagadas una semana por avanzado. Habrá un cargo de \$1.00 por minuto por recogido tarde por cada niño para alumnos que son recogidos después de la hora de terminar el programa (normalmente 6:00 p.m.).

Facturamos una semana por adelantado. Coordinadores de Sitio deben ser notificados por los padres/tutores la semana antes de que cambie el programa de su niño. Los precios están sujetos a cambio. Inscripción es basada en primero en llegar, primero servido. Inscripción está abierta a todo alumno de CCSD de edad/ grado primario.

6. TARIFAS / PAGOS

Si hay algún cambio en mi solicitud de días, se lo comunicaré al Coordinador de Sitio. Entiendo que no se darán reembolsos por ausencias por enfermedad o vacaciones. También entiendo que tengo la opción de registrarme para Salida Temprana/Días Completos. En caso de que no haya suficientes niños preinscritos para programas de Salida Temprana/Día Completo, el programa de aprendizaje ampliado del sitio se cancelará o se combinará con otros programas. ___ Iniciales
Las tarifas se facturan semanalmente y deben mantenerse al día. Realizamos un seguimiento de la asistencia por razones de seguridad. No se dará ningún ajuste financiero por los días perdidos o salida anticipada. Las tarifas diarias serán más altas en los días de salida anticipada y los días completos; consulte la Hoja de precios o el Coordinador de Sitio para conocer las tarifas.

Hay descuentos disponibles para empleados de CCSD y para niños múltiples. Es posible que haya becas económicas limitadas disponibles para familias que califiquen para recibir tarifas reducidas. Para calificar, el padre/tutor debe enviar una solicitud al Coordinador del sitio. La aprobación se basa en las pautas de la tabla de determinación ABC. Si su sitio está aprobado por ABC, debe traer prueba de su solicitud de DSS antes de que las opciones de tarifa reducida estén disponibles.

Expanded Learning (Kaleidoscope) emitirá créditos de saldo de la cuenta por los días escolares perdidos por desastres naturales o inclemencias del tiempo. Las tasas deben pagarse a tiempo. Cuentas delincuentes resultarán en la terminación de los servicios del programa. Habrá un cargo por demora de \$10 para todos los pagos posteriores a la fecha de vencimiento.

Alentamos a nuestros padres/tutores a pagar en línea a través del enlace RevTrak en la página Kaleidoscope del sitio web de las Escuelas del CCSD.

Entiendo las tarifas y la información de pago y las acepto. _____ Iniciales

7. ACUERDO DE TAREA

Las expectativas para completar las asignaciones de tarea mientras se está en el programa varían de un padre a otro. 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 han hecho usted y su hijo. Una vez que su hijo complete la cantidad de tarea indicada, su hijo podrá participar en las otras actividades que ofrece el programa. Indique qué acuerdo han hecho usted y su hijo.

Mi hijo hará la tarea durante 30 a 45 minutos todos los días, de lunes a jueves.

Mi hijo no hará la tarea mientras esté en el programa.

_____ Iniciales

8. 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 Expanded Learning ha desarrollado la siguiente política de nutrición. Lo haremos:

- seguir las pautas de nutrición para el cuidado infantil recomendadas por el USDA y el CACFP (Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos)
- seguir los Estándares de Nutrición del CCSD, que cumplen con los estándares federales
- limite los alimentos dulces a dos (2) veces por semana (o menos)
- no usar la comida como recompensa o castigo
- no sirva bebidas azucaradas

_____ Iniciales

9. ACTIVIDAD FÍSICA

El Aprendizaje Expandido reconoce la importancia de la actividad física para los niños pequeños. Todo el personal se adherirá a las políticas a continuación para garantizar que todos los estudiantes reciban apoyo y se animen a participar en una variedad de juegos activos apropiados para su edad.

- Los consejeros alentarán a los niños a estar físicamente activos en el interior y al aire libre en los momentos apropiados de una manera apropiada.
- El personal interactuará e interactuará con los niños durante todo el juego para promover la seguridad, la buena toma de decisiones y el juego activo.
- Los consejeros facilitarán centros de aprendizaje interiores y exteriores que promuevan la actividad física, estilos de vida saludables, seguridad, cooperación e interacciones sociales saludables.
- El personal nunca utilizará la actividad física o el ejercicio como castigo, p. Ej. haciendo flexiones o corriendo vueltas.
- El personal proporcionará un total mínimo de 20 minutos de actividades físicas planificadas diariamente para niños de 3 años en adelante.
- El programa de medio día (4 horas o menos) tendrá juegos al aire libre para niños en edad preescolar y escolar durante un intervalo mínimo de 30 a 45 minutos.
- El horario del programa incluye juego diario activo al aire libre para todos los niños y ofrece una variedad de material de juego interior y exterior para promover la actividad física.
- Si el tiempo al aire libre se reduce debido a las inclemencias del tiempo, se aumentará el tiempo de actividad en el interior para asegurar que la cantidad total de actividad física permanezca igual.
- El programa anima e informa a los padres sobre su papel al vestir a cada niño con ropa / zapatos apropiados para la participación activa en la actividad física y el juego.
- Se informa a los cuidadores de su papel en alentar a los niños a que sean físicamente activos en el interior y al aire libre en los momentos y formas apropiadas.

_____ Iniciales

10. EXCURSIONES Y ACTIVIDADES DE NATACIÓN

Las excursiones son parte de los programas de verano y de día completo y siguen las políticas de excursiones aprobadas por CCSD. Se espera que los niños asistan a todas las excursiones programadas. 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 se encuentran 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 las excursiones es proporcionado por servicios de autobús contratados y / o autobuses de actividades del CCSD. Los niños no se transportan en vehículos personales.

Tamaño de camisillas para alumnos (Niños): Extra Small Small Medium Large Extra Large

Si una excursión envuelve natación, doy permiso para que mi hijo participe en las actividades de natación y (marca una) Si / NO requiero que mi hijo use un salvavidas en la piscina.

Las excursiones están sujetas a disponibilidad y podrían ser restringidas debido a limitaciones de fondos.

_____ Iniciales

11. INCLEMENCIAS DEL TIEMPO

Los Programas de Expanded Learning operan de acuerdo con las políticas del 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 matutinos se cancelan.

_____ Iniciales

12. PARENT / GUARDIAN CONSENT FOR PHOTOGRAPHY AND PG MOVIES

Doy mi consentimiento / NO doy mi consentimiento a la Oficina de Expanded Learning (Kaleidoscope) del CCSD para fotografiar a mi hijo y usar imágenes y / o historias en conexión con cualquiera de sus trabajos sin consideración de compensación de ningún tipo, y libero a la Escuela del Condado de Charleston Distrito de cualquier reclamación que pudiera surgir al respecto.

_____ Iniciales

Doy consentimiento / NO doy mi consentimiento para que mi hijo vea películas con clasificación PG en el Programa de Expanded Learning del CCSD.

_____ Iniciales

13. DECLARACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL NIÑO PARA PARTICIPAR

Certifico que a mi leal saber y entender:

_____ goza de buena salud física y mental y es capaz

Nombre del Niño

de participar en el Programa de Expanded Learning en:

_____ Escuela

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

Fecha: _____

14. DISCIPLINA

Se espera que el personal de Expanded Learning respete la dignidad de los niños y se comporte como modelos adultos. El programa no utiliza ninguna estrategia que hiera, avergüence o menosprecie a un niño. El programa no utiliza 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 para evitar que el niño se lastime a sí mismo o a otros.

No se permite el castigo corporal. El programa no permite el uso de alimentos como recompensa o castigo. El programa no utiliza ni retiene la actividad física como medio de castigo.

Al corregir el comportamiento de un niño, el personal verbaliza y demuestra al niño lo que se debe decir o hacer en lugar de centrarse en el comportamiento no deseado. El personal también explica las razones de las reglas que se les pide a los niños que sigan. Las reglas de la escuela están vigentes durante los programas de Expanded Learning. Se espera que los niños se respeten al personal y entre ellos.

Si el personal no puede resolver problemas de comportamiento serios o continuos (como actos agresivos, abusivos, perturbadores o destructivos), el coordinador del sitio discutirá el problema con los padres para establecer un plan para abordar 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 se puede resolver, el coordinador del sitio les dará a los padres un aviso de despido del programa.

He leído y elijo cumplir con el contenido de las políticas del Programa de aprendizaje ampliado, incluidas las relacionadas con el transporte de emergencia y el tratamiento médico, las inclemencias del tiempo, las excursiones, la natación y la disciplina.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

Fecha: _____

15. INFORMACIÓN DE PAGOS

Si está pagando por cheque, por favor hágalo a nombre de **Expanded Learning**.

Todos los padres deben leer y adherirse a los "procedimientos para accidentes del baño" de Kaleidoscope contenidos en el Manual para padres.

Con el fin de proporcionar el cuidado de su hijo, para garantizar la seguridad de todos los estudiantes y el personal, y para proporcionar los recursos adecuados a nuestros programas, es su responsabilidad informarnos de cualquier necesidad especial o requisito especial para su hijo. Nuestra capacidad para adaptarse y satisfacer cualquier necesidad especial depende de una descripción precisa de todas y cada una de las necesidades especiales o requisitos especiales de su hijo. Además, usted da permiso para que la escuela de su hijo comparta información / registros pertinentes con el programa Kaleidoscope en lo que se refiere a las necesidades educativas de su hijo. Llame o envíe un correo electrónico al coordinador del sitio de Kaleidoscope directamente si tiene alguna pregunta.

For office use only: Registration fee paid: \$ _____ Cash Check # _____