

CLUB

VERANO

2024


BOYS & GIRLS CLUBS
OF GREATER MILWAUKEE

Aplicación de Membresía

Nuevos miembros: Los materiales de la membresía tardan entre 24 a 48 horas en procesarse. Usted recibirá una llamada telefónica/correo electrónico de confirmación para notificarle cuando su hijo puede comenzar a asistir. Para el bienestar de su hijo, la información proporcionada debe ser completa y precisa. Esta información es necesaria para cumplir con el Código Administrativo del Departamento de Niños y Familias de Wisconsin para centros de cuidado infantil grupales y registros de Boys & Girls Club.

Por favor seleccione el Boys & Girls Club preferido para asistir:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 53rd Street School
Hosted at Mary Ryan | <input type="checkbox"/> Escuela Vieau
Hosted at Bradley Tech | <input type="checkbox"/> Messmer Saint Rose
514 N. 31st Street | <input type="checkbox"/> Townsend
3360 N. Sherman 53216 |
| <input type="checkbox"/> 81st Street School
2965 N. 81st St. 53222 | <input type="checkbox"/> Gaenslen
1250 E. Burleigh St. 53212 | <input type="checkbox"/> Mil. Academy of Science
2000 W. Kilbourn 53233 | <input type="checkbox"/> Washington High
3618 N. 53rd St. 53216 |
| <input type="checkbox"/> Allen-Field
730 W. Lapham Blvd. 53204 | <input type="checkbox"/> Grant
2920 W. Grant St. 53215 | <input type="checkbox"/> Mitchell
1728 S. 23rd St. 53204 | <input type="checkbox"/> Zablocki
1016 W. Oklahoma 53215 |
| <input type="checkbox"/> Audubon Tech
3300 S. 39th St. 53214 | <input type="checkbox"/> Grantosa
Hosted at Engleburg | <input type="checkbox"/> North Division
1011 W. Center St. 53206 | |
| <input type="checkbox"/> Barack Obama
5075 N. Sherman 53209 | <input type="checkbox"/> Greenfield
Hosted at Grant | <input type="checkbox"/> Northwest Catholic
7140 N. 41st St. 53209 | |
| <input type="checkbox"/> Bay View High
2751 S. Lenox St. 53207 | <input type="checkbox"/> Hayes
971 W. Windlake Ave. 53204 | <input type="checkbox"/> Notre Dame
Hosted at Davis | |
| <input type="checkbox"/> Bethune Academy
1535 N. 35th St. 53208 | <input type="checkbox"/> Kagel
1210 W. Mineral St. 53204 | <input type="checkbox"/> Pilgrim Lutheran
6717 W. Center St. 53210 | |
| <input type="checkbox"/> Bradley Tech
700 S. 4th St. 53204 | <input type="checkbox"/> Kluge
5760 N. 67th St. 53218 | <input type="checkbox"/> Prince of Peace
1646 S. 22nd St. 53204 | |
| <input type="checkbox"/> Carson Academy
4920 W. Capitol Dr. 53216 | <input type="checkbox"/> La Escuela Fratney
3255 N. Fratney St. 53212 | <input type="checkbox"/> Sherman
5110 W. Locust St. 53210 | |
| <input type="checkbox"/> Carver Academy
Hosted at Pieper-Hillside | <input type="checkbox"/> LaFollette
3239 N. 9th St. 53206 | <input type="checkbox"/> Siefert
1547 N. 14th St. 53205 | |
| <input type="checkbox"/> Cass Street
1647 N. Cass St. 53202 | <input type="checkbox"/> Lincoln
Hosted at Grant | <input type="checkbox"/> St. Augustine
2531 S. 5th St. 53207 | |
| <input type="checkbox"/> Clarke Street
2816 W. Clarke St. 53210 | <input type="checkbox"/> Maple Tree
6644 N. 107th St. 53224 | <input type="checkbox"/> St. Rafael
2251 S. 31st Street 53215 | |
| <input type="checkbox"/> Engleburg
5100 N. 91st St. 53225 | <input type="checkbox"/> Marvin E. Pratt
5131 N. Green Bay 53209 | <input type="checkbox"/> The Ready Center
1916 N. Vel R. Philips 53212 | |

BGC MKE Legacy Clubs

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Daniels-Mardak
4834 N. 35th St. 53209 |
| <input type="checkbox"/> Don & Sallie Davis
1975 S. 24th St. 53204 |
| <input type="checkbox"/> Fitzsimonds
3400 W. North Ave. 53208 |
| <input type="checkbox"/> Mary Ryan
3000 N. Sherman 53210 |
| <input type="checkbox"/> Pieper-Hillside
611 W. Cherry St. 53212 |

bgcmilwaukee.org/registration

1

Cómo completar este paquete de solicitud

Paso 1

Todas las aplicaciones deberán checar la lista de abajo, antes de entregar su paquete de inscripción, sus formas deberán estar completas y firmadas.

Paso 2

Por favor incluya la copia más reciente de la cartilla de vacunación de su hijo(a) para completar el formulario de inscripción. Si usted no tiene acceso a los registros de vacunación de su hijo, por favor complete el Registro de Vacunación de Cuidado Infantil que se incluye con este paquete de inscripción

Paso 3

Entregue su aplicación completa en cualquier Club. Las aplicaciones digitales completas pueden enviarse por correo electrónico a membership@bgcmilwaukee.org

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Página 3-4 Acuerdo de Pago del Participante | <input type="checkbox"/> 9-10 Historial Médico y Plan de Atención de Emergencia* |
| <input type="checkbox"/> 5 Formulario de Exención y Consentimiento | <input type="checkbox"/> 11 Registro de Vacunas del Estudiante* |
| <input type="checkbox"/> 6 ¿Usted recibe cuidado infantil en Wisconsin? | <input type="checkbox"/> 12 Acuerdo de Llegada/Salida Alternativo del Estado* |
| <input type="checkbox"/> 7-8 Formulario de Inscripción para Jóvenes Participantes* | |

*Formularios proporcionados y requeridos por nuestros socios estatales y locales.

Mensajes de texto: Entiendo que al llenar este formulario doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee con respecto a los servicios para mi hijo/hijos.

Honorarios: Por favor vea la aplicación de inscripción para obtener información sobre la exención de los costos. La imposibilidad de pagar no es un obstáculo para la participación en el programa. Hay exenciones disponibles para todos los costos del programa. No se requiere documentación para la exención de costos.

Discapacidades: BGCGM se compromete a crear un entorno de aprendizaje y recreacional que satisfaga las necesidades de sus diversos miembros, incluidos aquellos con discapacidades. Si anticipa o experimenta alguna barrera para participar en nuestros programas, por favor siéntase bienvenido a discutir sus inquietudes con el Director del Club.

Acuerdo de Pago del Participante

Opciones de Pago adaptadas a las necesidades familiares | El costo de Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee para proporcionar una programación de alta calidad es de \$205 por semana por niño para los clubes de legado y \$185 por semana por niño para los clubes localizados en la escuela. Reconocemos que este gasto semanal para el cuidado de verano es difícil de pagar para muchas familias de Milwaukee, y por esta razón, los Clubes recaudan fondos para compensar sustancialmente este gasto para los miembros de nuestras familias. Es importante tener en cuenta que TODAS las cuotas están exentas (asistencia gratuita) para las familias que obtengan una autorización para el cuidado de niños a través de Wisconsin Shares – Programa de Subsidio para el Cuidado de Niños (información a continuación). Oportunidades adicionales para becas completas que pueden ser proporcionadas.

Por favor marque la casilla para una beca completa.

Descuento para Varios Hijos | Sólo se pedirá a las familias que paguen por un máximo de dos niños a la vez. Los niños adicionales de un hogar se registrarán sin costo adicional.

No hay Descuentos por Asistencia Parcial | Los Clubes no hacen diferencias en función de cuántas horas a la semana asiste un niño, o cuántas semanas asiste. Todas las cuotas son fijas, por niño por semana en función de la inscripción.

Reducciones de pagos y Oportunidades de Becas | Los Clubes nunca rechazará a un niño por la imposibilidad de pagar. Los Clubes quiere asegurar caminos claros y abiertos para que todos los niños asistan sin importar su historial de pago. Las becas completas se pueden proporcionar a petición, por favor hable con el Director de su Club para más información. Todas las conversaciones con el personal del Club con respecto a los arreglos de pago individuales de la familia serán manejados en estricta confidencialidad.

Fecha anticipada de cierre y Póliza de Pagos durante los cierres | Todas las horas programadas están sujetas a cobrarse y se basan en la frecuencia de pago (la frecuencia de pago puede ser por semana, cada dos semanas o mensualmente) No hay reembolsos por cierres anticipados o imprevistos, como inclemencias meteorológicas y otras emergencias. Todos los centros permanecerán cerrados para celebrar el 4 de Julio. Si el 4 de Julio cae en sábado, cerraremos el Viernes anterior, y si cae en Domingo, cerraremos el Lunes posterior. Los Clubes de Legado pueden tener programas de día extendido cuando MPS está cerrado, consulte al Director de su Club para más detalles. Consulte el Manual de Padres de BGCGM para saber los días festivos y las fechas en que su Club estará cerrado.

Póliza y Expectativas de Pago para las Ausencias de Niños (Previstas e Imprevistas) | Las ausencias previstas son las comunicadas con antelación por los padres, incluidas las vacaciones o las citas. Las ausencias imprevistas son las que no se comunican con antelación, incluidos los días de enfermedad o por no asistir. Con el fin de mantener los niveles adecuados de personal y la calidad del programa, se cobrarán los pagos de participación designados semanalmente independientemente de las ausencias esperadas o inesperadas. Los pagos de los programas después de clases varían; consulte la estructura de pagos de su programa para obtener más información.

Motivos y Procedimientos para dar de Baja/Expulsar a un niño(s) y Procedimientos de los Padres para dar de Baja/Terminar la Inscripción de un niño(s) | En referencia al Manual de los Derechos de los Padres/Estudiantes,

Disciplina y Responsabilidades de Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee, Boys & Girls Clubs se compromete a proporcionar un ambiente de aprendizaje seguro y eficaz para los estudiantes y miembros del personal. Boys & Girls Clubs se reserva el derecho de suspender o expulsar a los estudiantes que comprometan la seguridad del ambiente de aprendizaje. Para cancelar la inscripción, proporcione al Director del Club un aviso verbal o por escrito con dos semanas de anticipación. No se harán reembolsos. Los pagos no pueden ser transferidos entre niños o aplicados a otros servicios o lugares.

Acuerdo de Pagos de los Miembros | Una vez que usted y el Director del Club hayan establecido el pago semanal, pedimos a los padres/tutores que firmen un Acuerdo de Pagos del Miembro personalizado en el que se establezca cuanto se pagará y el calendario de pagos. Una vez completo, su hijo podrá empezar a asistir al Club.

Fechas de Pago | Los pagos semanales deberían ser pagados el Viernes siguiente a la programación (arreglos especiales serán considerados caso por caso. Por favor contacte al director de su Club para más información).

Forma de Pago | Los Clubes ofrecen dos formas para hacer los pagos privados en la mayoría de las localidades. Por favor contacte al Director del Club para determinar que forma de pago es el adecuado para usted. Estos incluyen: Cheques o giros postales (no efectivo por favor) estos deben ser pagados a: Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee. Consulte con el Director de su Club sobre el pago en línea a través de una tarjeta de débito o tarjeta de crédito. Vea el código QR de Wisconsin Shares para detalles de pago.

WI Shares | Por favor escanee el código QR para obtener apoyo de Wisconsin Shares y el número de proveedor.

Marque esta casilla si recuerda que recibe almuerzo gratis/precio reducido.



Nombre del Padre/Tutor (Nombre, Apellidos)

Nombre del Niño (Nombre y Apellidos)

Fecha de Nacimiento del Niño

Descuento del Pago

Este pago no incluye los cargos adicionales que puedan incurrir por conceptos tales como excursiones/eventos especiales, según lo acordado de antemano. Los Padres/Tutores son responsables de pagar la diferencia entre la cantidad del subsidio y el costo del cuidado.

Fecha de Inicio Acordada entre el Club y los Padres

Días y Horas de Operación (fecha de hoy)

Nombre del Director del Club (Por escrito)

Firma del Club Manager

Fecha

Nombre del Padre/Tutor (Por escrito)

Firma del Padre/Tutor

Fecha

El proveedor debe conservar una copia de cada acuerdo de pago por escrito vigente en el lugar donde se presta el servicio de cuidado infantil. El proveedor debe conservar una copia del acuerdo de pago por escrito vencido durante 3 años después de que el acuerdo se haya rescindido y el niño ya no asista. El acuerdo vencido puede conservarse en un lugar donde pueda ponerse a disposición del Departamento de Niños y Familias en un plazo de 24 horas.

Formulario de Exención y Consentimiento

Nombre Legal
del Niño(a):

Antes de completar esta página, escanee el código QR o visite bgcmilwaukee.org/forms-waivers para revisar detenidamente los formularios completos y los documentos de exenciones.



Yo, el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente, por la presente reconozco lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consentimiento y Renuncias He leído, entiendo y acepto los permisos, exenciones, liberaciones y comunicaciones descritas en el Formulario de consentimiento y exención de padres/tutores. | <input type="checkbox"/> Lanzamiento alternativo Reconozco mi comprensión y acuerdo del Acuerdo de llegada/liberación alternativo de padres/tutores de BGCGM. |
| <input type="checkbox"/> Programación Virtual Doy permiso para que el miembro mencionado anteriormente participe en experiencias de club a distancia y en línea en el Club Boys & Girls Clubs of Greater Milwaukee. | <input type="checkbox"/> Tecnología He revisado y leído las reglas y regulaciones descritas en el Formulario de consentimiento y exención de tecnología para padres/tutores con mi hijo, incluido el uso responsable y las pautas de seguridad personal, la prohibición del uso inapropiado y la prohibición de actividades ilegales en línea. |
| <input type="checkbox"/> Expectativas del Miembro Mi hijo ha leído, comprende y acepta el código de conducta descrito en el formulario de Expectativas de los miembros. | |

Al firmar a continuación, acepto que he leído, entiendo y cumpliré estas normas, políticas y acuerdos. Reconozco que he revisado las normas aplicables con mi hijo

Escriba el Nombre del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Escriba el Nombre del Miembro

Firma del Miembro del Club

Fecha

¿Usted recibe W2 or cuidado infantil en Wisconsin?

Por favor llene toda la forma de abajo. El no acompletar esta forma no afecta en la participación en el programa del CLC Siglo 21. Por favor, seleccione uno:

- Í, tengo un caso abierto con WI Cuidado Infantil**
 Mi número de caso es el siguiente _____.
 Voy a llamar a MECA (1-888-947-6583) para actualizar mi autorización de Cuidado Infantil.
- No, actualmente no recibo WI Cuidado Infantil o W2.**
- Sí, recibo W2.**
 Mi número de caso es el siguiente _____.
 Voy a comunicarme con mi trabajador FEP para actualizar mi Autorización de Cuidado Infantil.
- Yo, decido no a completar esta forma**

Firma

Fecha

Número de teléfono

¿Soy elegible? Por favor, complete la siguiente información.

Lista de todos los adultos en el hogar

Nombre	Seguro de salud actual?	Actualmente trabajo?
_____	Sí	Sí
_____	Sí	Sí

Lista de todos los niños en el hogar

Nombre	Edad del Niño(a)	Seguro de salud actual?
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí
_____	_____	Sí

Información de ingresos mensuales

Ingreso total por mes en su casa en base a su trabajo(s) \$ _____

0

Total de horas trabajadas por semana _____

Cantidad que usted gana por hora \$ _____

¿Recibe usted algún ingreso adicional? Marque las que correspondan

Manutención de Menores
 Seguro Social / SSI
 Pagos W2 Desempleo

Total de ingresos mensuales adicionales recibidos: \$ _____

FOR OFFICE USE ONLY

Club Location _____

Eligible? Yes No Parent Needs to Update Auth

If eligible, date contacted _____ by _____



Formulario de Inscripción para Jóvenes Participantes



Sitio: _____

Dejarlo(a) temprano

Recogerlo(a) tarde

Ambos

A department of MPS



Apellido	Nombre	MI	Fecha de nacimiento	Edad	Número de ID del estudiante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Marque una opción para cada uno.

Género: Masculino Femenino

Dirección: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Nombre del maestro o de la maestra: _____

Nombre del profesor o de la profesora de matemática: _____

Nombre del profesor o de la profesora de inglés: _____

Etnia:

Afroamericano(a)

Asiático(a)

Blanco(a)

Hispano(a)

Nativo(a) americano(a)

Hawaiano(a) nativo(a) o de otra Isla del Pacífico

Otra: _____

Lengua de preferencia:

Inglés

Español

Birmano

Karen

Rohinyá

Árabe

Hmong

Somalí

Otra: _____

Vive con: Ambos padres Padre (padre solo) Familia de acogida Abuelo(a)

Marque esta casilla si desea solicitar una exención de honorarios.

Tutor(a) legal

Custodia compartida Madre (madre sola) Otro: _____

Transporte: Bus: Ruta: _____ Bus/van de CLC Recogerlo Camina a casa Otro _____

Necesidades especiales (alergias, medicación, dieta, etc.): _____

Página de información del hogar - Complete solo uno por familia

Apellido de madre, padre o tutor(a) legal	Nombre	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONTACTOS ADICIONALES: Lista de contactos adicionales para el niño o los niños. Utilice las casillas para indicar si los individuos están autorizados a recoger al niño o a los niños y/o si serán contactos de emergencia. Si marca la casilla «Viven juntos(as)», indica que la persona en la lista vive en el mismo hogar que ustedes. Si no hay ningún adulto en la lista, y no marcó ninguna casilla, SOLO MADRE, PADRE O TUTOR(A) LEGAL PODRÁ recoger al estudiante o a los estudiantes.

Apellido	Nombre	Dirección	Teléfono del hogar	Teléfono del trabajo	Relación	¿Recoge al estudiante?	¿Contacto de emergencia?	¿Viven juntos(as)?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[] Marque la casilla si hay restricciones legales vigentes. Lista de personas que no tienen permitido ver a un estudiante en el sitio y/o personas que no tienen permitido recogerlos por restricciones legales.

Apellido	Nombre	Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autorización de madre, padre o tutor(a) legal para el Community Learning Center (CLC) - Lea con atención -Debe estar firmado por madre, padre o tutor legal de participantes de hasta 17 años de edad

AUTORIZACIÓN: Por la presente autorizo que mi hijo(a) y yo participemos del Community Learning Center (CLC) ya mencionado. En caso de alguna lesión requiera atención médica, por la presente autorizo que el personal de CLC (incluso voluntarios) se ocupen de mi hijo(a) o de mi, incluso para buscar atención médica.

RENUNCIA: Reconozco o reconocemos que situaciones y problemas imprevistos pueden surgir durante las actividades de CLC que razonablemente no están bajo el control del personal de CLC (incluso voluntarios). Por lo tanto, aceptamos eximir de toda responsabilidad a la Junta de directores escolares de Milwaukee, sus agentes, oficiales, empleados y voluntarios, de cualquier responsabilidad, demanda, acción judicial, juicio, costo, interés y gasto (incluso los honorarios y costos de abogados) que surjan a partir de dichas actividades, incluso un accidente o lesión que me afecte a mí mismo(a) o a mi hijo(a) y los costos de los servicios médicos.

DIVULGACIÓN/PUBLICACIÓN DE IMÁGENES: Entiendo, como madre, padre o tutor legal del niño o de la niña mencionado(a), que, en ocasiones, los medios de noticias a nivel local y nacional y/o organizaciones sin fines de lucro se asocian a las Escuelas Públicas de Milwaukee (MPS) y solicitan filmar, sacar fotografías y/o entrevistar a los niños de CLC y MPS. Al firmar esta autorización, también permito que MPS utilice fotografías, diapositivas, imágenes digitales u otras reproducciones mías o de mi hijo(a) menor o materiales de mi propiedad o de mi hijo(a), y que publiquen las fotografías, diapositivas o imágenes finales sin compensación en emisiones, publicaciones, en la web u otros medios impresos o electrónicos relacionados con el papel y la función de CLC. Entiendo que al firmar, en nombre de mi hijo(a) y de mí mismo(a), libero a MPS y a sus directores, oficiales, empleados y agentes de futuras demandas, al igual que de cualquier responsabilidad que surja a partir del uso de fotografías u otras imágenes. Este formulario será válido durante el presente programa CLC. También autorizo que el programa de CLC y MPS (en conjunto) compartan los registros de los participantes entre ellos para propósitos de apoyo educativo y de asistencia. Además, entiendo que es probable que CLC utilice los registros de los participantes para evaluar el progreso y la mejora individual y para evaluar el impacto general del programa para continuar obteniendo financiamiento para el programa.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE COMPRENDO LA INFORMACIÓN DE ESTE DOCUMENTO:

FIRMA DEL PARTICIPANTE O FIRMA DE TUTOR(A) SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS: Firma: _____ Fecha: _____

Rev 2/2020 MPS

BGC-F

OFFICE USE ONLY	
Site #:	_____
Bus #:	_____
Date entered in computer:	__/__/__
Data Staff Initials:	_____

HISTORIA CLÍNICA Y PLAN DE ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA
HEALTH HISTORY AND EMERGENCY CARE PLAN

Uso del formulario: Este formulario es obligatorio para los centros de cuidado infantil familiares y grupales y para los campamentos de día de modo de cumplir con DCF 250.04(6)(a)1. y 250.07(6)(L)5., DCF 251.04(6)(a)6. y 251.07(6)(k)5., y DCF 252.44(6)(g) de los Wisconsin Administrative Codes. El incumplimiento puede provocar la emisión de una declaración de incumplimiento. La información personal que proporcione se puede usar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Instrucciones: El padre / tutor debe completar este formulario para que se coloque en el legajo del niño antes de su primer día de asistencia. La información incluida en este formulario se compartirá con cualquier persona que cuide al niño. El departamento recomienda que los padres / tutores y el personal del centro revisen y actualicen la información proporcionada en el formulario periódicamente.

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)

Dirección – Casa (Calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Fecha – Primer día de asistencia (mm/dd/aaaa)

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR

Proporcione información sobre dónde se puede ubicar a los padre(s) / tutor(es) mientras el niño esté en el programa de cuidado infantil.

Nombre

Teléfono – Particular

Teléfono – Laboral

Teléfono – Celular

Nombre

Teléfono – Particular

Teléfono – Laboral

Teléfono – Celular

INFORMACIÓN DEL MÉDICO / CONSULTORIO MÉDICO

Nombre – Médico

Dirección – Consultorio médico

Telephone Number

AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE PROTECTOR SOLAR / REPELENTE DE INSECTOS Si es proporcionado por los padres, el protector solar o el repelente de insectos debe tener una etiqueta con el nombre del niño. Según DCF 251.07(6)(f)2., las autorizaciones deben revisarse cada 6 meses y actualizarse según sea necesario. Según DCF 250.07(6)(f)2.a., las autorizaciones deben revisarse periódicamente y actualizarse según sea necesario.

- Sí No Autorizo al centro a aplicar protector solar a mi hijo.
- Sí No Autorizo al centro a permitir que mi hijo se ponga protector solar solo.
- Sí No Autorizo al centro a aplicar repelente a mi hijo.
- Sí No Autorizo al centro a permitir que mi hijo se ponga repelente solo.

Nombre de la marca

Fuerza de los ingredientes

Nombre de la marca

Fuerza de los ingredientes

HISTORIA CLÍNICA Y PLAN DE ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA Si está disponible, adjunte toda información sobre el plan de atención médica del médico, terapeuta, etc. del niño.

- Ninguna condición médica específica
- Asma
- Diabetes
- Parálisis cerebral / trastorno motriz
- Epilepsia /convulsiones
- Inquietudes gastrointestinales o de alimentación incluidas dietas especiales y suplementos
- Otras condiciones que requieren atención especial – Especifique.
- Cualquier trastorno incluida la discapacidad cognitiva, LD, ADD, ADHD, o Autismo

- Alergia a la leche. Si un niño es alérgico a la leche, adjunte una declaración de un profesional médico que indique la alternativa aceptable.
- Alergias a alimentos – Especifique los alimentos.

- Alergias a no alimentos – Especifique.

APPENDIX D

2. Disparadores que pueden causar problemas – Especifique.

3. Señales o síntomas que hay que observar – Especifique.

4. Pasos que debería seguir el proveedor de cuidado infantil. Si es necesario administrar medicamentos recetados o no recetados, se debe adjuntar una copia de la Autorización para Administrar Medicamentos (*Authorization to Administer Medication*) a este formulario. Nota: los centros de cuidado infantil grupales y los campamentos de día pueden usar sus propios formularios.

5. Identifique a cualquier personal del programa de cuidado infantil a quien ha proporcionado capacitación / instrucciones especializadas para ayudar a tratar los síntomas.
a.
b.
c.

6. Cuándo llamar a los padres con respecto a los síntomas o sobre la no respuesta al tratamiento.

7. Cuándo considerar que la condición requiere atención médica de emergencia o una reevaluación.

8. Información adicional que pueda ser útil para el proveedor de cuidado infantil.

FIRMA – Padre o tutor

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Fechas de
revisión: _____

LLEGADA ALTERNATIVA / ACUERDO DE SALIDA – CENTROS DE CUIDADO DE NIÑOS

INSTRUCCIONES DE LLEGADA

Mi hijo _____
(Nombre del Niño)

llegará a _____
(Nombre del Centro)

de _____
(Escuela, casa u otra)

de esta manera _____
(Caminando, bicicleta, autobús, compartiendo auto, etc. Sea lo más específico posible.)

a las _____ A.M. P.M.
(Hora de llegada)

el Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado
(Días de la semana)

Mi hijo llegara desde este destino con sin supervisión del centro.

INSTRUCCIONES DE SALIDA

Mi hijo _____
(Nombre del Niño)

se ira de _____
(Nombre del Centro)

de esta manera _____
(Caminando, bicicleta, autobús, compartiendo auto, etc. Sea lo más específico posible.)

para ir a _____
(Escuela, casa u otra actividad)

a las _____ A.M. P.M.
(Hora de salida)

el Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado
(Días de la semana)

Mi hijo viajara a este destino con without centesin supervisión del centro. supervision.

INSTRUCCIONES ADICIONALES

Entiendo que soy responsable de notificar al centro sobre cualquier cambio en este horario, como vacaciones, días de conferencias escolares, etc.

FIRMA – Padre

de Firma (mes/día/año)

REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE
STUDENT IMMUNIZATION RECORD

INSTRUCCIONES A LOS PADRES: COMPLETE Y DEVUELVA A LA ESCUELA 30 DÍAS DESPUÉS DE LA ADMISIÓN. La ley estatal requiere que todos los estudiantes de escuelas públicas y privadas presenten evidencia escrita de las vacunas contra ciertas enfermedades, dentro de 30 días escolares de admisión. Los requisitos específicos de edad / grado se piden en las escuelas y en el departamento de salud locales. Se puede renunciar a estos requisitos únicamente completando y firmando un formulario de renuncia en la escuela por motivos de salud, religión o personales. El propósito de este formulario es medir el cumplimiento de la ley y se usará sólo para ese propósito. Si tiene preguntas sobre las vacunas o cómo llenar este formulario, comuníquese con la escuela de su hijo o con el departamento de salud local.

DATOS PERSONALES **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE**

Paso 1	Nombre del estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo	Escuela	Grado	Año escolar
	Nombre del padre/madre/tuto /custodio legal	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			Número de teléfono ()	

HISTORIAL DE VACUNAS

Paso 2 Indique el MES, DÍA Y AÑO en que su hijo recibió las siguientes vacunas. NO MARQUE (✓) O (X) excepto para responder a la pregunta sobre varicela, Tdap o Td. Si usted no tiene un registro de vacunas en su casa para este estudiante, comuníquese con el médico o departamento de salud para conseguir uno.

TIPO DE VACUNA*	1a. DOSIS Mes/día/año	2a. DOSIS Mes/día/año	3a. DOSIS Mes/día/año	4a. DOSIS Mes/día/año	5a. DOSIS Mes/día/año
DTaP/DTP/DT/Td/Tdap (Difteria, Tétano, Pertusis)					
Vacuna de refuerzo (booster) para adolescentes (Marque la casilla apropiada) <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td					
Polio					
Hepatitis B					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
Vacuna contra la varicela (viruelas locas) Esta vacuna se necesita solamente si su hijo no ha tenido la varicela. Vea más abajo:					
¿Ha tenido su hijo la varicela? Marque la casilla correspondiente y anote el año si lo sabe. <input type="checkbox"/> Sí _____ año (no necesita la vacuna) <input type="checkbox"/> NO o no está seguro (necesita vacuna)	¿Le han hecho un análisis de sangre (título de anticuerpos) a su hijo que muestre inmunidad (tenía la enfermedad o vacunación anterior) de cualquiera de las siguientes (marque todas que apliquen)? <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Hepatitis B Si contesta Sí, proporcione el reporte(s) de laboratorio				

REQUISITOS

Paso 3 Para determinar si este estudiante cumple con los requisitos, consulte el nivel de requisitos de acuerdo a la edad/grado del año escolar actual.

DATOS DE CUMPLIMIENTO

Paso 4 **EL ESTUDIANTE CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS**
 Firme en el Paso 5 y devuelva este formulario a la escuela
 _____ O _____

EL ESTUDIANTE NO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS
 Marque el cuadro que corresponda, firme en el Paso 5 y devuelva el formulario a la escuela. Tenga en cuenta que si el estudiante no tiene todas sus vacunas puede ser excluido de la escuela si aparece un brote de estas enfermedades.

Aunque mi hijo NO ha recibido todas las dosis de las vacunas, ha recibido LA PRIMERA DOSIS. Entiendo que la SEGUNDA DOSIS debe recibirla este año antes de cumplir 90 días de entrar a la escuela y la TERCERA Y CUARTA DOSIS si las requiere debe recibirlas antes de los 30 días de este año escolar. También entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a la escuela cada vez que mi hijo recibe una dosis de las vacunas requeridas.

NOTA: La falta a permanecer al día con las vacunas puede ocasionar la exclusión de la escuela, acción judicial y/o pena de caducidad.

EXENCIONES (WAIVERS) (Indique en el Paso 2 las vacunas que ya haya recibido)

Por razones de salud este estudiante no debe recibir las siguientes vacunas: _____

_____ FIRMA del médico _____ Fecha de la firma

Por razones religiosas, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)
 DTaP/DTP/DT/Td Tdap Polio Hepatitis B MMR (sarampión, paperas, rubéola) varicela

Por razones de convicción personal, he decidido no vacunar a este estudiante con las siguientes inmunizaciones (marque todas las que apliquen)
 DTaP/DTP/DT/Td Tdap Polio Hepatitis B MMR (sarampión, paperas, rubéola) varicela

FIRMA

Paso 5 Este formulario está completo y exacto de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Marque uno: (Yo doy Yo no doy) mi consentimiento para que se compartan los registros de vacunas actuales de mi hijo en la medida en que se actualicen en un futuro con el Registro de Vacunas de Wisconsin (*Wisconsin Immunization Registry - WIR*). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando una notificación por escrito al distrito escolar. Después de la fecha de revocación, el distrito escolar no proporcionará nuevos registros ni actualizaciones a la WIR.

_____ FIRMA - del padre/madre/tuto /custodio legal o estudiante adulto _____ Fecha de la firma