Lista de verificación de registro de cuidado infantil del Centro Kroc

(El registro y el pago deben completarse con 24 horas de anticipación)

- ☐ Formulario de registro de cuidado infantil de Kroc
- ☐ Exención de cuidado infantil Kroc
- ☐ Formulario de inscripción de salud y juventud
- ☐ Información sobre medicamentos / Formulario de permiso para llevar **(opcional)**
- ☐ Formulario de admisión de inclusión de cuidado infantil de Kroc **(opcional)**

RAY & JOAN KROC CORPS COMMUNITY CENTER SALEM, OR

Kroc Cuidado de Niños 2020 6:30am-7:30pm

Trabajadores de Primera Línea y Personal de Emergencia

Complete 1 formulario de inscripción por niño

Nombre del niño:_____ **Apodo del niño:**_____

Fecha de nacimiento:_____ **Edad:** _____

Nombre de Padre (s): _____ **Teléfono del trabajo:** _____

Teléfono móvil (Mama): _____ **Teléfono móvil (Papa):** _____

Organización de empleador: _____ **ID de empleado:** ❑ **Talón de pago:** ❑

(Por favor, esté preparado para presenter su identificación de empleado al momento de dejar al nino*)

Correo Electronico de Padres:_____

Fecha	Dias	Cuota	Costo total:
Marzo 30 –Abril 5	❑Lunes ❑Martes ❑Miercoles ❑Jueves ❑Viernes *Tres comidas servidas cada día a las 7:15 a.m., mediodía y 6 p.m.	$200 por Semana	
Abril 6 – 12	❑Lunes ❑Martes ❑Miercoles ❑Jueves ❑Viernes *Tres comidas servidas cada día a las 7:15 a.m., mediodía y 6 p.m.	$200 por Semana	
Abril 13 -19	❑Lunes ❑Martes ❑Miercoles ❑Jueves ❑Viernes *Tres comidas servidas cada día a las 7:15 a.m., mediodía y 6 p.m.	$200 por Semana	
Abril 20- 26	❑Lunes ❑Martes ❑Miercoles ❑Jueves ❑Viernes *Tres comidas servidas cada día a las 7:15 a.m., mediodía y 6 p.m.	$200 por Semana	
Abril 27– Mayo 3	❑Lunes ❑Martes ❑Miercoles ❑Jueves ❑Viernes *Tres comidas servidas cada día a las 7:15 a.m., mediodía y 6 p.m.	$200 por Semana	

HEALTH AND YOUTH ENROLLMENT INFO

MY KROC
SALEM, OR

Please fill this out and bring it in to the Community Center.
If you have questions, call (503) 566-5762

PARTICIPANT INFORMATION

NAME (FIRST, MIDDLE, LAST) BARCODE

YOUTH ENROLLMENT INFO

SCHOOL SHIRT SIZE

Water Safe: Water safe children have received lessons on basic survival swimming skills, including how to float and tread water.

☐ My Child is Water Safe ☐ My Child is NOT Water Safe

ANY SPECIAL PICKUP INSTRUCTIONS?

EMERGENCY & PICKUP CONTACTS

NAME		RELATIONSHIP	
CELL	HOME	WORK	EXT
EMAIL			
CHECK ALL THAT APPLY	☐ **EMERGENCY CONTACT**	☐ **GUARDIAN**	☐ **AUTHORIZED FOR PICKUP**

NAME		RELATIONSHIP	
CELL	HOME	WORK	EXT
EMAIL			
CHECK ALL THAT APPLY	☐ **EMERGENCY CONTACT**	☐ **GUARDIAN**	☐ **AUTHORIZED FOR PICKUP**

NAME		RELATIONSHIP	
CELL	HOME	WORK	EXT
EMAIL			
CHECK ALL THAT APPLY	☐ **EMERGENCY CONTACT**	☐ **GUARDIAN**	☐ **AUTHORIZED FOR PICKUP**

HEALTH INFORMATION

IMMUNIZATIONS UP TO DATE ☐ **YES** ☐ **NO** ☐ **EXEMPT** TETANUS MM/YY ☐ **N/A**

PHYSICIAN'S NAME PHONE

INSURANCE COMPANY POLICY #

MEDICATIONS (NAME & PURPOSE):

DIETARY RESTRICTIONS:

ACTIVITY RESTRICTIONS:

HEALTH HISTORY:

CHECK ALL THAT APPLY

- ☐ Asthma
- ☐ Behavioral Challenges
- ☐ Carriers Inhaler
- ☐ Carries Epi-pen
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsy
- ☐ Insect Stings Allergy
- ☐ Penicillin Allergy
- ☐ Special Needs

PLEASE LIST ANYTHING ELSE WE SHOULD KNOW ABOUT YOU:

1865 Bill Frey Dr. NE, Salem, OR 97301 · (503) 566-5762 · www.salem.kroccenter.org/

Kroc Cuidado de Niños 2020

Cancelación, consentimiento para fotografías y formulario de autorización / responsabilidad
Complete 1 por niño

CANCELACIÓN / POLÍTICA DE TRANSFERENCIA

No se emitirán reembolsos monetarios, a menos que por circunstancias atenuantes como la muerte en la familia, enfermedad que se hará caso por caso. Todos los reembolsos requieren una aprobación a través del Coordinador de Cuidado Infantil. Si el programa es cancelado por el Centro Kroc, se le otorgará un crédito completo o un reembolso en efectivo.

Se debe completar un formulario de solicitud de reembolso veinticuatro horas antes del cuidado infantil programado. Los reembolsos se devolverán a la tarjeta de compra y se cobrará una tarifa administrativa de diez dólares.

Consulte kroc.salvationarmysalem.org para ver la política de cancelación completa. No se otorgarán créditos o créditos prorrateados por asistencia parcial al cuidado de niños, problemas de comportamiento o cualquier otra razón no mencionada anteriormente. He leído, entiendo y acepto las políticas del Centro Kroc con respecto a pagos, transferencias, cancelaciones y créditos.

Firma:_____ **Fecha:**_____

CONSENTIMIENTO PARA FOTOS & VIDEO

De manera irrevocable, otorgo al Ejército de Salvación, a sus agentes o empleados, el derecho total e ilimitado, a usar todas y cada una de las fotografías del participante tomadas en cualquiera de los Servicios de Cuidado Infantil del Centro Comunitario Ray & Joan Kroc Corps del Ejército de Salvación para cualquier propósito legal, incluso en cualquier publicidad, publicidad, exhibición, publicación o medios, y renuncio a todas y cada una de las reclamaciones contra el Ejército de Salvación que surjan de dicho uso.

Estoy de acuerdo en que el Ejército de Salvación puede usar tales fotografías de mi hijo con o sin mi nombre y para cualquier propósito legal, incluyendo (pero no limitado a propósitos tales como publicidad, ilustración, publicidad y contenido web).

❑ **SI** ❑ **NO**

RENUNCIA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD

Se requiere que el padre / tutor firme la autorización y la exención a continuación para reconocer la comprensión y el acuerdo del contenido.

Con la condición de la participación de mi hijo en el programa de Cuidado Infantil del Ejército de Salvación en el Centro Comunitario Ray y Joan Kroc Corps, yo (en nombre mío y de mi hijo) estoy de acuerdo con lo siguiente:

(1) Me han aconsejado y entiendo los tipos de actividades en las que mi hijo participará mientras esté en el Centro Kroc. Si bien el Centro Kroc proporcionará supervisión y actuará de manera responsable para garantizar la seguridad y el bienestar de mi hijo, entiendo que es posible que al participar en estas actividades, mi hijo pueda resultar herido o lesionado o sufrir daños o pérdida de propiedad , y acepto asumir ese riesgo.
(2) Mi hijo puede participar en la natación u otras actividades acuáticas bajo la supervisión requerida.
(3) También estoy de acuerdo en que la seguridad de mi hijo es una responsabilidad compartida y que avisaré de inmediato a los empleados / personal sobre cualquier condición médica o física que pueda crear un riesgo para la seguridad o la salud de mi hijo u otras personas en el Centro Kroc.
(4) Estoy de acuerdo en nombre mío y de mi hijo de renunciar a cualquier reclamo que yo o mi hijo podamos tener contra Kroc Center, sus agentes, empleados y voluntarios por cualquier lesión o daño a la propiedad sufrido como resultado de la participación de mi hijo en las actividades ofrecidas durante el Cuidado Infantil , excepto por pérdidas causadas por negligencia grave o mala conducta intencional del Ejército de Salvación.
(5) Estoy autorizando al Centro Kroc a buscar atención médica para mi hijo si surgiera una emergencia mientras el campista menor está involucrado en estas actividades. En una emergencia, el Centro Kroc tiene mi permiso para llamar a una ambulancia o transportar a mi hijo a cualquier médico u hospital disponible a mi costa para obtener tratamiento médico. En la mayoría de las emergencias, se llama al 911 y el niño es transportado al hospital más cercano y tratado por el médico de guardia. El padre o tutor del niño es notificado lo antes posible. Entiendo que The Salvation Army Ray y Joan Kroc Corps Community Center no son responsables de los gastos médicos**Asumo toda la responsabilidad y el riesgo de lesiones corporales, muerte o daños a la propiedad debido a la negligencia del Liberado o de otra manera y entiendo que al firmar a continuación, estoy renunciando al derecho de demandar al Ejército de Salvación.**

Firma: _____ Nombre impreso:_____Fecha:_____

Kroc Cuidado de Niños 2020

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS
Complete 1 por niño si se va a administrar algún medicamento en la guardería

*** Los medicamentos deben dejarse y recogerse todos los días por el padre o el adulto autorizado en la mesa de entrada / salida. Todos los medicamentos deben estar en su envase original con el nombre del niño impreso en la etiqueta y en una bolsa de plástico. Cualquier medicamento que no se traiga en el recipiente apropiado puede evitar que su hijo participe en el cuidado infantil ese día.**

Nombre del niño: _____**Edad:**_____**Fecha:**_____

Complete las siguientes secciones según sea necesario. El Supervisor de Cuidado Infantil puede contactarlo para obtener información adicional.

Medicación y Fuerza:_____ Dosis:_____
Instrucciones de Administración (Horario de dia, etc): _____
Instrucciones de almacenamiento:_____Cantidad enviada a
Kroc:_____ Fecha de prescripción:_____ Fecha de expiración:_____
Temporalmente:_____ Permanente:_____
Rason para Medicamento:_____
Posibles efectos secundarios (es decir, reacciones a los alimentos, deshidratación, estrés, somnolencia, etc.): _____
¿Cuál, si alguno, de los efectos secundarios anteriores ha experimentado su hijo? ¿En qué medida?
_____
Otra información importante sobre la medicación: _____
Consecuencia esperada si el medicamento no se toma indicado_____

Medicación y Fuerza:_____ Dosis:_____
Instrucciones de Administración (Horario de dia, etc): _____
Instrucciones de almacenamiento:_____Cantidad enviada a
Kroc:_____ Fecha de prescripción:_____ Fecha de expiración:_____
Temporalmente:_____ Permanente:_____
Rason para Medicamento:_____
Posibles efectos secundarios (es decir, reacciones a los alimentos, deshidratación, estrés, somnolencia, etc.): _____
¿Cuál, si alguno, de los efectos secundarios anteriores ha experimentado su hijo? ¿En qué medida?
_____
Otra información importante sobre la medicación: _____
Consecuencia esperada si el medicamento no se toma indicado_____

PERMISO-PARA-CARGAR DE NINOS

Todos los medicamentos deben ser administrados por un Personal / Voluntario del Programa Después de la Escuela u otro personal designado. Al completar la información a continuación, los padres pueden autorizar a los campistas a llevar / administrar sus propios medicamentos en caso de que sean necesarios para situaciones potencialmente peligrosas para la vida (por ejemplo, Epi-pens para reacciones anafilácticas o inhaladores).

Medicación: _____ Dosis: _____Tiempo de administración:_____

Nombre del médico: _____Número de Teléfono: _____

Al firmar a continuación, el padre / tutor legal reconoce que el niño ha sido instruido con el propósito y la administración apropiada de este medicamento y toda la información pertinente sobre el medicamento y lo ha autorizado a autoadministrarse según sea necesario.

Nombre: _____ Firma:_____

Kroc Cuidado de Niños 2020

Formulario de Inclusión
Complete 1 por niño según sea necesario

Lea cuidadosamente y completar a fondo cada respuesta. Imprima claramente todas las respuestas. Este formulario ha sido preparado para proporcionar alojamiento y apoyo a los estudiantes del Programa Kroc despues de escuela y sus familias.

Por favor liste cualquier cosa que pueda afectar la experiencia de su hijo, mientras en el Kroc cuidado de niños (es decir, en mudanza, trauma familiar,
etc.)

_____

_____

Indique en cuál de las siguientes actividades después de la escuela prevé que su hijo necesita asistencia / adaptaciones para poder participar con éxito:

❑Tiempo Tranquilo ❑Transiciones ❑Computadoras ❑Juegos en Grupo
❑Almuerzo/Meriendas ❑Tiempo de Gimnasio ❑Natacion ❑Otro_____

Si se conoce, describa el tipo de asistencia solicitada:_____

_____

_____

Enumere cualquier cosa que moleste (estrese) a su hijo, como ruidos fuertes, mucha gente o tener que dejar de hacer una actividad agradable.)

_____

_____

Haga una lista de las técnicas o "herramientas" que ayudan a su hijo a calmarse cuando está estresado (por ejemplo, hablar en voz baja, tener algo con qué sostener o "inquietarse", respirar profundamente).

_____

_____

Por favor, comprenda que las malas decisiones (comportamiento negativo) tienen consecuencias. Anticipamos que todos los campistas mostrarán un comportamiento seguro, respetuoso y aceptable. En el improbable caso de que su campista requiera acciones correctivas; Por favor, díganos qué es lo más efectivo para corregir el comportamiento.

_____

_____

Su hijo ha estado previamente en cuidado de niños? ❑ **SI** ❑ **NO**
en caso afirmativo, por cuánto tiempo_____

Motivo para solicitor cuidado de niños:_____

_____

Otros niños en el hogar:

Nombre (Primer, Apellido):	Edad:	Genero:
Nombre (Primer, Apellido):	Edad:	Genero:
Nombre (Primer, Apellido):	Edad:	Genero: