

Super Kids Club

Location: BB AM

Programa de verano y después de escuela Formulario de Inscripción

Padres por favor llenan todos los espacios en blanco

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____
Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____ H/M

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____
Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____ H/M

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____
Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____ H/M

Padre o Tutor domicilio y dirección de empleo

Padre(Tutor):

Nombre _____ Empleador _____
domicilio _____ dirección _____
Ciudad _____ teléfono _____ Ciudad _____ teléfono _____

Madre (Tutor):

Nombre _____ Empleador _____
domicilio _____ dirección _____
Ciudad _____ teléfono _____ Ciudad _____ teléfono _____

Persona(s) a quien el(los) Niño(s) puede(n) ser liberado(s) por el Cuidador:

(Si nadie, por favor escriba "ninguno")

Nombre _____ Empleador _____
dirección _____ dirección _____
Ciudad _____ teléfono _____ Ciudad _____ teléfono _____

Nombre _____ Empleador _____
domicilio _____ dirección _____
Ciudad _____ teléfono _____ Ciudad _____ teléfono _____

La persona (s) Que Tomará la Responsabilidad del Niño (s) en una Emergencia Cuando el Padre (o Tutor) no Pueda ser Alcanzado: (DEBEN DAR UN NOMBRE)

Nombre _____	Empleador _____
domicilio _____	dirección _____
Ciudad _____ teléfono _____	Ciudad _____ teléfono _____
Nombre _____	Employer _____
domicilio _____	dirección _____
Ciudad _____ teléfono _____	Ciudad _____ teléfono _____

Consentimiento para ponerse en contacto con el médico en caso de emergencia

En el caso de no puedo llegar a hacer arreglos, por la presente doy mi consentimiento para el programa Super Kids Club en contacto con el médico

Nombre de doctor

teléfono dirección Ciudad

y, si es necesario, mis hijos a los siguientes médicos, clínicas u hospital
JMMMC, 145 Memorial Dr, Broken Bow, NE.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

DECLARACIÓN DE COMPETENCIAS DE MEDICINA

Yo, _____ He determinado

Nombre del Padre/Tutor

que Super Kids Club y el personal son competentes para dar o aplique el medicamento a mi hijo(a).

Firma de Padre o Tutor

Fecha

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Estado de salud actual o cualquier problema de salud cuidador debe saber:

Si algún medicamen _____

Lista de cualquier alergia o intolerancia a alimentos, picaduras de insectos, o picaduras u otros factores que resultan en reacción médica. Por favor dar instrucciones claras en caso de una exposición del factor

Preocupaciones especiales: (lentes, ayuda auditivas, muletas: _____

Cualquier actividad(s) hijo(s) no debe participar en: _____

Certifico que la información anterior es correcta al mejor de mi conocimiento.

Firma de Padre or Tutor

Fecha

AL FIRMAR ABAJO ESTOY DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

1. Doy mi permiso para que mi hijo(a) sea inscrito en el Super el programa Kids Club.
2. Entiendo que el programa de Super Kids Club no tiene salud y seguro de accidente para mis hijos y que, como tutor, se encargará principalmente en caso de lesión o enfermedad que se incurren en gastos.
3. Yo entiendo que si mi hijo(a) se enferma el Super el programa Kids Club personal notificarme y ser mi responsabilidad a recoger mi(s) hijo(s) o contratar a alguien para recoger mi(s) hijo(s) inmediatamente después de que soy notificado.
Yo doy permiso para que el personal de Super Kids Club programa para utilizar cualquier videos, fotografías, escritos,
4. Obras de arte, etc. de mi(s) hijo(s) para sus materiales promocionales, presentaciones, y documentos el propósito.
5. Entiendo que mis hijos pueden ser despedidos por no seguir normas, no participación, falta de respeto personal del programa o de otros estudiantes y el incumplimiento general de funcionamiento procedimientos del programa Super Kids Club
6. Doy mi consentimiento para el Super el programa Kids Club personal para ponerse en contacto con mi niño(s)'s médico (incluidas en este paquete de inscripción) en el caso de una emergencia que mis hijos tengan éxito en el programa.
8. como padres estoy de acuerdo en pagar por los servicios prestados a mis hijos de manera oportuna y si mi pago va a ser más de 30 días de retraso estoy de acuerdo en contacto con Super Kids Club para notificarles o establecer un plan de pago.
9. Al inscribir a mis hijos en el programa Super Kids Club recibí una copia de la DHHS División de salud pública folleto de información de los padres y los padres programa de Super Kids Club el manual.
10. Doy mi consentimiento para el Sistema Escolar Público y su personal y a los maestros a compartir conocimiento sobre el estilo de aprendizaje académico y nivel de aprendizaje y de mi hijo(s) sugerencias para el personal de Super Kids Club.
11. Yo doy permiso para el personal de Super Kids Club compartir conocimiento académico de mi hijo(s) estilo de aprendizaje y nivel de aprendizaje con el Sistema Escolar Público y el profesorado.
12. Como padre/madre/tutor estoy de acuerdo para permitir que el Sistema Escolar Público para liberar una copia de registro de vacunación de mi hijo (s) de Super Kids Club y del programa de Super Kids Club
13. Me doy permiso para que el programa Super Kids Club para el transporte de mis hijos. Hijo(s) debe no se transportarán a cualquier ubicación sin mi conocimiento previo de esperar en una situación de emergencia.
14. Entiendo que mi proveedor de cuidado infantil se requiere bajo la ley de Nebraska, al transportar a asegurar que los niños hasta 8 años de edad fijarse correctamente en una seguridad para niños aprobado por el gobierno federal asiento. Todas las edades de los niños de 8 años de edad o más será asegurados en un cinturón de seguridad o aprobados por el gobierno federal restricciones de seguridad del niño.
15. me doy permiso para que el programa Super Kids Club sacar mis hijos de las instalaciones.

Fecha de Padre o Tutor

Fecha

Swimming Permission

Nombre(s) de niño(s) _____

Soy consciente y doy permiso para que el programa Super Kids Club a llevar a mi hijo a nadar en el Broken Bow piscina pública situada en 179 Memorial Dr en Broken Bow, Nebraska.

Le permite al niño para nadar en el agua sobre su cabeza: Si o No

Firma de Padre o Tutor

Fecha