NUEVO
Los pagos vencen el 1 del mes

SCS
SCOTT COUNTY SCHOOLS

Inscripción al Programa Después de la Escuela

Se debe completar un formulario de inscripción al programa y se debe pagar una tarifa de inscripción de $ 30 por niño**, no reembolsable, antes de** asistir. La prioridad a la admisión se dará por orden de llegada. Los estudiantes que residen fuera de su distrito escolar designado deben estar INSCRITOS ABIERTOS para inscribirse para el próximo año escolar. Es posible que lo pongan en una lista de espera dependiendo de la cantidad de niños actualmente inscritos en el programa.

Acuerdo de Inscripción y Matrícula

Al firmar a continuación, entiendo:

- Debo informar al personal del Programa Después de la Escuela inmediatamente en caso de cualquier cambio en la información en este formulario o con respecto a cualquier problema de custodia.
- que todas las tarifas enumeradas son aplicables a la participación de mi hijo en el Programa Después de la Escuela. Todas las tarifas vencen el primer día de cada mes (o semanalmente, el lunes, si se obtiene la aprobación del Director) *(consulte* el *manual para obtener más detalles)*
- que, si no hago los pagos a tiempo, se aplicará una multa de $ 10 al quinto día. *(vea manual para más detalles)*
- **que todos los pagos se pagarán en línea a través** de **Smartcare** y habrá una tarifa de $ 30 por pagos fallidos. *(vea manual para más detalles)*
- que mi falta de pago de las cuotas a tiempo puede resultar en la terminación inmediata de este acuerdo por parte de la escuela
- que las tarifas son debidas y pagaderas independientemente de la asistencia. Si un niño está ausente por cualquier motivo, el pago aún debe pagarse. *(El programa cuenta con personal basado en el número de niños que se espera que asistan).*
- que debo recoger a mi hijo antes de las 6 PM. NO hay recogida tardía. En situaciones de emergencia, DEBO comunicarme con el director para notificarles de la emergencia y se aplicará una multa de $ 1 por minuto. A las 6:15 si no se ha hecho contacto, se contactará a las autoridades locales de emergencia.
- que he recibido y estoy obligado a leer el Manual para padres / estudiantes después de la escuela, que incluye "Derechos del niño y los padres", y debo adherirme a esas pautas
- que mi hijo pueda usar dispositivos electrónicos de visualización/escucha como una herramienta educativa; incluida la visualización de películas con clasificación G o PG

MATRÍCULA = $13 POR DÍA ESCOLAR - PAGADO MENSUALMENTE
A menos que los pagos semanales sean aprobados por el Director

Debe completar todos los espacios en blanco

Nombre del niño_____ Fecha de nacimiento_____ Edad al 1 de agosto_____

Masculino/Femenino *(círculo uno) Grado* que ingresa en agosto_____ Alergias/Médicas_____

Nombre del Tutor #1 *(Propietario de la cuenta)*_____ Relación_____

OBLIGATORIO
Teléfono de contacto_____ _____M / H ar *(por favor, haga un círculo)* Trabajo/Otro teléfono_____

OBLIGATORIO
Lugar de empleo_____ Dirección de correo electrónico_____

Nombre del Guardián #2_____ Copropietario / Relación_____

Teléfono de contacto_____ _____M / H ar *(por favor círculo)* Trabajo / Otro teléfono_____

Lugar de empleo_____Dirección de correo electrónico_____

Dirección del niño_____ _____ Ciudad _____

Nombre/número del médico de cabecera del niño_____/_____

Restricciones / Limitaciones del Niño_____

☆ Nombre/Número de Contacto de Emergencia *(persona a contactar **PRIMERO**)*_____tele._____ ☆

Por favor, enumere un número donde alguien puede ser contactado en una emergencia. Por favor, no enumere un número que tenga un contestador automático. Si ninguno de sus números de emergencia está en buen estado de funcionamiento, o no se puede contactar a nadie, se contactará a las autoridades locales para *ayudar en la emergencia de su hijo.*

Firma del padre/tutor_____

←*BE SURE TO COMPLETE THE BACK SIDE OF THIS FORM*→

Transporte de emergencia médica

Doy permiso para que las Escuelas del Condado de Scott transporten a mi hijo al_____ teléfono hospital (_____) en caso de una emergencia médica que requerirá atención médica profesional. Esta decisión puede y se tomará a discreción del director y / o del personal del Programa Después de la Escuela.

Nombre del padre_____

Firma de los padres_____

Personas autorizadas (que no sean las que figuran en la página 1) aprobadas para recoger a su hijo. **Se requiere una identificación con foto en el momento de la recogida.**

NOMBRE	
RELACIÓN	
NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO	

NOMBRE	
RELACIÓN	
NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO	

NOMBRE	
RELATIONSHIP	
NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO	

NOMBRE	
RELACIÓN	
NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO	

NOMBRE	
RELACIÓN	
NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO	

**Los problemas de comportamiento diario pueden ser discutidos con cualquier persona que figure como una persona de recogida* para *su hijo.*

Por favor, háganos saber cualquier otra información sobre su hijo que nos sea útil:

_____

_____