

MARY QUEEN OF THE HOLY ROSARY SCHOOL/ESCUELA MARIA REINA DEL SANTO ROSARIO
PROGRAMA DE CUIDADO DESPUES DEL HORARIO ESCOLAR
FORMULARIO DE INSCRIPCION
2018-2019

Estudiante(s)

Apellido _____ Nombre _____ Edad ____ Maestra _____

Apellido _____ Nombre _____ Edad ____ Maestra _____

Apellido _____ Nombre _____ Edad ____ Maestra _____

Estudiante(s)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ C.P. _____

Padres de familia/Adultos con custodia legal

Madre/Custodia legal _____

Teléfono en casa (____) _____ Teléfono móvil(____) _____

Teléfono en trabajo (____) _____ Lugar del trabajo _____

Padre/Custodia legal _____

Teléfono en casa (____) _____ Teléfono móvil(____) _____

Teléfono en trabajo (____) _____ Lugar del trabajo _____

Si no le podemos localizar a Usted, ¿a quién debemos llamar? (Por favor, escribe el teléfono y la relación de esa persona al estudiante.)

Nombre _____ Relación _____ Tel.(____) _____

Nombre _____ Relación _____ Tel.(____) _____

En caso de accidente o enfermedad grave, yo pido que la escuela me contacte. Si la escuela no puede contactar a los padres de familia o adultos con custodia legal del estudiante o cualquiera de las dos personas anotadas arriba, yo autorizo que la escuela llame al médico indicado abajo y a seguir sus instrucciones. Si es imposible contactar a este médico, la escuela puede hacer cualquier arreglo necesario.

Firma del padre de familia/custodia legal _____ Fecha _____

Nombre del médico _____ Tel.(____) _____

Preferencia del hospital si no es St. Joseph _____

Dentista _____ Tel.(____) _____

ALERGIAS/INFORMACION ESPECIAL SOBRE LA SALUD

Por favor, indique aquí si su hijo/a toma algún medicamento en una base regular, el tipo de medicamento, y la razón de tomar el medicamento.

TRANSPORTE A CASA

Las siguientes personas son autorizadas para recoger a mi(s) hijo/a(s) de la escuela al solo que le notifiquemos de algo diferente:

Nombre _____ Teléfono(____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Nombre _____ Teléfono(____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Nombre _____ Teléfono(____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Si deseo que otro adulto recoja a mi(s) hijo/a(s) que no esté en la lista anterior, yo proveeré el nombre y la información pedida sobre esa persona. Yo entiendo que mi(s) hijo(s) no se pueden ir con esa persona al solo que la escuela tenga una notificación escrita o verbal confirmando quien va a recoger a mi(s) hijo/a(s). (Por favor, firme y anote la fecha abajo.)

Mi(s) hijo/a(s) NO pueden ser entregado/a(s) a las siguientes personas al solo que haya una orden judicial o según mis instrucciones:

Nombre: _____ Teléfono(____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Nombre _____ Teléfono(____) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Los días que mi hijo/a necesitará ir al cuidado después del horario escolar

Los siguientes precios aplican para todos los estudiantes. Los precios son por mes.

Número de días por semana	Días	Un(a) niño(a)	Dos niños(as)	Tres niños(as)	Cuatro niños(as)
5	n/a	\$186.00	\$298.00	\$391.00	\$447.00
4	M T W T F	\$162.00	\$250.00	\$323.00	\$360.00
3	M T W T F	\$121.00	\$187.00	\$243.00	\$270.00
2	M T W T F	\$96.00	\$140.00	\$162.00	\$182.00
1	M T W T F	\$48.00	\$70.00	\$81.00	\$92.00

Hay que pagar el primer mes en el momento de la inscripción.

Pagos y cobros adicionales por cuentas atrasadas:

1. Las cuotas para el cuidado después del horario escolar se pagan en mensualidades, con atelacion, y se pagan el primer día laboral del mes. Si no se ha recibido su pago para el 10 del mes, se le agregara un cobro de \$25.
2. Las cuotas para el cuidado después del horario escolar se envían y se pagan a través de la cuenta de FACTS.
3. Hay cobros de \$15 por niño/a por día para los niños no previamente inscritos en el programa y se cobran solamente en los días cuando no están inscritos sus hijos en el programa. Se cobran estos días al final de cada mes.
4. Las cuotas se basan en la inscripción, no en la asistencia. Los cobros se hacen según los días predeterminados en los cuales su(s) hijo/a(s) están inscritos en el programa. No se hacen ajustes en los cobros para ausencias debidas a estar enfermo, estar de viaje, o si la escuela cierra por emergencia.
5. Hay un número máximo de niños permitidos en los programas de cuidado después del horario escolar en la escuela de Mary Queen of the Holy Rosary, según las leyes del estado. No anticipamos exceder ese número, pero en dado caso, se le dará la prioridad de asistencia a los participantes ya inscritos y según la fecha de inscripción.

Firma del padre/custodia legal _____ Fecha _____