

Central Plains Center for Services Super Kids Club  
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	_____
inicio	_____	finalizació	_____	H/M	
Nombre del niño	_____	Fecha de nacimiento	_____	Grado	_____
inicio	_____	finalizació	_____	H/M	
Nombre del niño	_____	Fecha de nacimiento	_____	Grado	_____
inicio	_____	finalizació	_____	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 niño(s) puede ser liberado por el cuidador: (Si no hay nadie, por favor escriba "ninguna")**

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 poder llegar a hacer arreglos, por la presente doy mi consentimiento para

\_\_\_\_\_  
Nombre de doctor

teléfono \_\_\_\_\_ dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
y, si es necesario, mis hijos a los siguientes médicos, clínicas u hospital

\_\_\_\_\_  
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 medicamento \_\_\_\_\_

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 Central Plains de Servicios 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 Broken Bow 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 Broken Bow Sistema Escolar Público y el profesorado.
12. Como padre/madre/tutor estoy de acuerdo para permitir que el Broken Bow Sistema Escolar Público para liberar una copia de registro de vacunación de mi hijo (s) de Central Plains 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 6 años de edad fijarse correctamente en una seguridad para niños aprobado por el gobierno dederal asiento. Todas las edades de los niños de 6 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.
16. entiendo y estoy de acuerdo a la cuota de \$1.50 por hora por niño.

---

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

**ACTUALIZACIONES ANUALES**

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

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Turo

\_\_\_\_\_  
Fecha