



Main Street Day Care Acuerdo de Inscripción

Nombre completo del niño: _____ Edad del niño _____

Fecha de nacimiento del niño: ___/___/___ Género: _____

¿Alguna alergia conocida? _____

¿Alguna preocupación médica? _____

¿Están aconsejados por un médico que tomen regularmente algún medicamento que necesitemos administrar? _____

*Los pagos vencen el viernes antes de que comience la semana a través de nuestra aplicación Brightwheel.

*El horario debe ser consistente semana a semana.

	TIEMPO COMPLETO 4-5 DÍAS POR SEMANA Costo por día	MEDIO TIEMPO 1-3 DÍAS POR SEMANA Costo por día
Bebé 0-17 meses	60	75
Caminante 18 - 29 meses	55	70
PreK 30 meses-5 años (2 ½ & adelante)	50	65

Mi hijo asistirá a la guardería semanalmente los siguientes días (encierre en un círculo lo que corresponda):

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Fecha de inicio: _____

El horario de atención de Main Street Day Care es de 6:30 a. m. a 6 p. m.

***Al inscribirse se requiere lo siguiente:

- Solicitud completa
- Tarifa de registro de \$ 99 (esta tarifa vence todos los años el 1 de septiembre)
- Registros médicos actuales (vacunas y registros universales de salud)
- 1 semana de depósito
- Matrícula de la 1ra semana



Enrollment Agreement (continued)

Descuentos y tarifas

- El hermano mayor recibirá una reducción del 10% en las tarifas de matrícula si se inscribe en el cuidado de niños a tiempo completo.
- Los miembros de la iglesia (alguien que asiste y sirve en la iglesia con regularidad) recibirán una reducción del 10 % en las tasas de matrícula del hijo mayor inscrito.
- La matrícula se debe pagar semanalmente el viernes antes de que comience la semana a través de nuestra aplicación Brightwheel. Se publicará un recordatorio en la aplicación. Se cobrará un cargo por mora de \$25.00 si la matrícula no se paga en la fecha de vencimiento.
- Se cobra una tarifa de \$20.00 por cada incremento de 10 minutos que su(s) hijo(s) permanece(n) bajo nuestro cuidado después de las 6:00 p. m.
- Habrá un cargo de \$35.00 por cualquier cheque que sea devuelto a nuestras instalaciones.
- Al cotizar nuestras tarifas, hemos tenido en cuenta los días de nieve, los días festivos, las enfermedades y las vacaciones y no se otorgarán créditos. Perdón por cualquier inconveniente. No permitimos que los niños en edad escolar asistan durante aperturas retrasadas o salidas tempranas de la escuela debido al clima o emergencias. Se debe pagar la matrícula ya sea que su hijo asista o no.
- La escuela estará cerrada en los días festivos especiales y los días de capacitación del personal que se enumeran en el Formulario de días festivos especiales 2022-23 adjunto y se actualiza anualmente; todavía se debe pagar la matrícula para estos días festivos y cierres.
- Main Street Child Care requiere un aviso por escrito de 30 días de la terminación de los servicios O se requerirá un pago completo. Las tarifas y las vacaciones están sujetas a cambios anuales con dos semanas de anticipación.

He leído y entiendo este acuerdo de inscripción:

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha: _____

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nombre del niño:	Día de nacimiento:	Día de inscripción:
------------------	--------------------	---------------------

INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE/TUTOR	<i>Selecciona la caja () para indicar la residencia principal donde vive el niño mencionado arriba.</i>			
	MADRE O PADRE/GUARDIÁN #1		MADRE O PADRE/TUTOR #1	
	Nombre:		Nombre:	
	Relación:		Relación:	
	Teléfono:		Teléfono:	
	Teléfono de casa:		Teléfono de casa:	
	Dirección de casa:		Dirección de casa:	
	Nombre del empleado:		Nombre del empleado:	
	Teléfono del empleado:		Teléfono del empleado:	
Dirección del empleado:		Dirección del empleado:		
Email:		Email:		

CONTACTO DE EMERGENCIA	Personas autorizadas para recoger al niño y/o contacto en caso de emergencia si los padres/guardianes no están disponibles para responsabilizarse del niño.			
	Nombre de contacto #1:		Nombre de contacto #2:	
	Relación:		Relación:	
	Número de teléfono:		Número de teléfono:	
	Teléfono de casa:		Teléfono de casa:	
	Número de empleado:		Número de empleado:	

CUSTODIA	Nombre de la persona que tenga PROHIBIDA la recogida del niño:	

AUTORIZACIONES	<p>Doy permiso a que mi hijo participe en VIAJES A PIE dentro del vecindario, por rutas donde no ponga en peligro la seguridad de los niños, con el entendimiento de que la caminata no implique la entrada a otra instalación a menos que se indique lo contrario.</p>	<p>NO autorizo a mi hijo a participar en paseos dentro del vecindario, por rutas donde no ponga en peligro la seguridad de los niños, entendiendo que el paseo no implica la entrada a otra instalación a menos que se indique lo contrario.</p>
	<p>Doy permiso para que mi hijo sea FOTOGRAFIADO durante el horario normal de la guardería, las excursiones o las actividades y entiendo que las fotografías pueden ser utilizadas en la promoción de los servicios de la guardería, ya sea de forma impresa o en Internet.</p>	<p>NO doy permiso para que mi hijo sea FOTOGRAFIADO durante el horario normal de la guardería, las excursiones o las actividades y entiendo que las fotografías pueden ser utilizadas en la promoción de los servicios de la guardería, ya sea de forma impresa o en Internet.</p>

RECIBOS DE POLIZAS	<p>Yo (nosotros) doy fe de que toda la información de esta solicitud es precisa, y que yo (nosotros) He recibido lo siguiente</p> <p>Políticas y procedimientos del centro Documento de información a los padres Política sobre la expulsión de niños de la matrícula Política sobre el uso de la tecnología y las redes sociales Política sobre la gestión de enfermedades contagiosas Política sobre la liberación de los niños Política sobre los métodos de notificación de lesiones a los padres (si procede) Otro _____</p> <p>_____</p>
--------------------	---

INFORMACIÓN MÉDICA	Sociedad sanitaria del niño:	
	Teléfono de la sociedad sanitaria:	
	Dirección de la sociedad sanitaria:	
	Nombre de la sociedad sanitaria:	
	Grupo #:	
	Identificación #:	
	Nombre de las personas en la tarjeta sanitaria:	
	Alergias (incluye medicación):	
	Medicación de mi hijo:	
	Condiciones especiales, discapacidades, restricciones médicas/físicas, información médica en caso de emergencia:	

ESTADO DE SALUD	<p>Como padre/tutor del niño mencionado arriba, autoriza que él/ella tiene buena salud física y es capaz de participar en las actividades normales del programa y no tiene condiciones o necesidades específicas que requieran modalidades específicas, a menos que se indique lo contrario en la información médica proporcionada arriba o en un Registro Universal de Salud o Plan de Atención para Niños con Necesidades Especiales de Salud adjunto.</p> <p style="text-align: center;">Iniciales del padre o madre/tutor:</p>
-----------------	--

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA	<p>Como el padre o madre/tutor(es) del niño mencionado arriba, yo (nosotros) doy fe de que la información de arriba es correcta. Yo (nosotros) autorizo a los trabajadores de la guardería a proporcionar el tratamiento de emergencia necesario para mi hijo y notificarme (nos) sobre los hechos lo antes posible.</p> <p style="text-align: center;">Iniciales del padre o madre/tutor</p>
---------------------------	---

Padre o madre/tutor #1:	Fecha:	Padre o madre/tutor #2:	Fecha:
-------------------------	--------	-------------------------	--------



Lista de verificación del primer día

Your child(ren) requires the following items on their first day at Main Street Day Care:

- Taza de agua etiquetada
- Una muda de ropa apropiada para la temporada en una bolsa para congelar de un galón etiquetada
- Pañales/pullups/toallitas (si corresponde) etiquetados
- Botellas etiquetadas (si corresponde)
- Fórmula (si corresponde)
- Almuerzo (Etiquetado)
- Sábana y manta de cuna para la siesta (La guardamos aquí y la lavamos los viernes).
- Botella etiquetada de SunBlock (cuando corresponda)
- Toda la documentación requerida

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha: _____



Política de cuidado infantil

El síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS, por sus siglas en inglés) es la muerte inesperada de un bebé aparentemente sano para quien no se puede determinar la causa de la muerte con base en una autopsia, una investigación del lugar de la muerte y una revisión de la historia clínica del bebé.

En la creencia de que se pueden tomar medidas proactivas para reducir el riesgo de SIDS en el entorno de cuidado infantil y que los padres y los profesionales de cuidado infantil pueden trabajar juntos para mantener a los bebés más seguros mientras duermen, Main Street Day Care seguirá todas las siguientes prácticas de sueño pautas:

Práctica y entorno de sueño seguro:

1. Los bebés siempre deben colocarse boca arriba para dormir.
2. Las cunas son el único lugar en el que los bebés pueden dormir.
3. Los bebés que se duerman en otro lugar deben trasladarse a una cuna de inmediato.
4. Si un bebé puede darse la vuelta por sí mismo, la cuna debe tener una etiqueta que diga "Puedo darme la vuelta" en el área designada.
5. No se pueden colocar artículos adicionales en la cuna en ningún momento (juguetes, cobijas, etc.)
6. Solo se puede usar en la guardería una cuna con aprobación de seguridad con un colchón firme y una sábana bien ajustada.
7. Los bebés que duermen deben estar en la línea de visión directa de al menos un miembro del personal en todo momento.
8. La temperatura de la habitación del bebé debe mantenerse entre 69 y 72 grados F en todo momento.

¿Algo que le gustaría que supiéramos sobre el horario o la rutina de sueño de su hijo?

Entiendo que debo cumplir con las políticas establecidas.

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha: _____



Política de exámenes de salud

Antes de dejarlo en la mañana, debe evaluar a su hijo para detectar cualquier síntoma similar a Covid. Algunos de estos síntomas incluyen pero no se limitan a:

1. Dificultad para respirar
2. Fiebre
3. Dolores corporales/musculares
4. Nueva pérdida del gusto o del olfato
5. Diarrea/Vómitos
6. Dolor de garganta
7. Dolor de cabeza

Si su hijo presenta alguno de estos síntomas, notifique a la escuela y quédese en casa. Tener fiebre requiere un resultado negativo de la prueba de covid para regresar a la escuela.

La salud y la seguridad de los estudiantes, el personal y las familias es nuestra prioridad. Agradecemos su cooperación en este asunto.

Reconozco que he recibido la Política de Entrega de Exámenes de Salud.

Imprimir nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____



CALENDARIO

Guardería cerrada por días festivos especiales 2022-23

Septiembre

Capacitación del personal del 1 de septiembre
Día del Trabajo Lunes 9/5

Octubre 2022

Noviembre 2022

Acción de gracias jueves 24/11 y viernes 25/11

Diciembre 2022

Observancia de la Navidad Lunes 12/26
Observancia del Día de Año Nuevo 12/30

Enero 2023

Día de Capacitación del Personal Viernes 1/13
Martin Luther King Lunes 1/16

Febrero 2023

Día del Presidente Lunes 2/20

Marzo 2023

Abril 2023

Viernes Santo Viernes 4/7
Lunes de Pascua 4/10

Mayo 2023

Día de capacitación del personal 5/26
Día de los Caídos lunes 5/29

Junio 2023

Viernes 16 de junio 6/16

Julio 2023

4 de julio Martes 7/4

Agosto 2023

**Siga al Distrito Escolar de Stafford para conocer los cierres debido a las inclemencias del tiempo.



Introduciendo Brightwheel

Estimados padres,

Para organizar Main Street Daycare, estamos utilizando Brightwheel, una herramienta para la gestión del aula, la comunicación, las fotos, los videos, el pago de facturas en línea y mucho más. Brightwheel es el líder de la industria en educación temprana, ha demostrado que ahorra tiempo al personal, lo que permite pasar mucho más tiempo con los estudiantes y, al mismo tiempo, ofrece una experiencia mucho mejor para los padres.

Pasos fáciles de seguir:

1. **Crea una cuenta gratuita de brightwheel.** Cuando reciba una invitación por correo electrónico o mensaje de texto, cree una cuenta gratuita para padres utilizando la aplicación web o móvil. Asegúrese de usar la misma dirección de correo electrónico o número de teléfono celular al que se envió la invitación. Aquí hay una descripción general rápida del video.
2. **Confirme el perfil de su hijo.** Verá el perfil de su hijo después de crear una cuenta; puede confirmar información como cumpleaños, alergias y contactos adicionales. Si no ve el perfil de su hijo, contáctenos con la dirección de correo electrónico o el número de teléfono que usó para registrarse. No verá actualizaciones dentro de brightwheel hasta que comencemos a usarlo regularmente.
3. **Establece las preferencias de tu cuenta.** Puede ajustar sus preferencias de notificación dentro de la configuración de su perfil en la aplicación.
4. **Agrega tu información de pago.** Brightwheel ofrece pagos en línea seguros y automatizados que nos ahorran tiempo y le brindan herramientas e informes avanzados. Por favor agregue su información de pago. Aquí hay una guía de configuración de pagos en línea con más información.

Vea un video tutorial:

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLWkfMDOm0pnF0bWPntP7m7dSSi6ID6JUR!>

¡Estamos emocionados de agregar este sistema de última generación y esperamos que lo disfrute!

Dios los bendiga,
Raquel Nash, Directora

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)

Child's Name (Last)	(First)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth / /
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier	
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number () -	Work Telephone/Cell Phone Number () -	
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number () -	Work Telephone/Cell Phone Number () -	
<i>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</i>			
Signature/Date		This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Date of Physical Examination:	Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Abnormalities Noted:	Weight (must be taken within 30 days for WIC)
	Height (must be taken within 30 days for WIC)
	Head Circumference (if <2 Years)
	Blood Pressure (if ≥3 Years)

IMMUNIZATIONS

Immunization Record Attached
 Date Next Immunization Due: _____

MEDICAL CONDITIONS

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached	Comments

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS

Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.

Name of Health Care Provider (Print)	Health Care Provider Stamp:
Signature/Date	