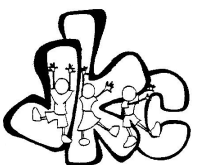


“Creciendo hacia nuestras plenas capacidades”

**Paquete de Registro para Cuidado Infantil**

Cuidado para bebés, infantes, niños en Edad Preescolar y en Edad Escolar



## PLANILLA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Página 1 de 2

### Información de Emergencia:

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (fijo): \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (fijo): \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Fuente Habitual de Atención Médica y Dental:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Nombre del Centro de Atención de Salud: \_\_\_\_\_

Dirección del Centro de Atención de Salud: \_\_\_\_\_

Teléfono del Centro de Atención de Salud: \_\_\_\_\_

Problemas de Salud: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

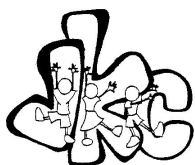
Nombre del Dentista (debemos saber esto para bebés también): \_\_\_\_\_

Dirección del Dentista: \_\_\_\_\_

Teléfono del Dentista: \_\_\_\_\_

### Persona(s) NO Autorizada(s)- QUE NO PUEDEN LLEVARSE EL/LA MENOR:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_



## PLANILLA DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Página 2 de 2

### Contactos de Emergencia: (que también pueden llevarse el/la menor del centro de cuidado)

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono #1: \_\_\_\_\_ Teléfono #1: \_\_\_\_\_

Teléfono #2: \_\_\_\_\_ Teléfono #2: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono #1: \_\_\_\_\_ Teléfono #1: \_\_\_\_\_

Teléfono #2: \_\_\_\_\_ Teléfono #2: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

### Autorización para Recogida:

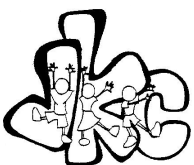
Estas personas también tienen mi permiso para llevarse a mi menor del Centro de Cuidado de Niños:

\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Dirección) (Teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Dirección) (Teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Representante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Horas y días de la semana en las cuales el menor asistirá al centro:**

Lunes: \_\_\_\_\_

Martes: \_\_\_\_\_

Miércoles: \_\_\_\_\_

Jueves: \_\_\_\_\_

Viernes: \_\_\_\_\_

\*El desayuno, el almuerzo y una merienda serán brindados por el centro.

Por favor enumere cualquier ALERGIAS (alimenticias o médicas) que tenga el/la menor:

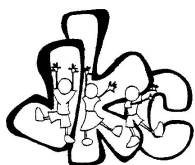
Enumere cualquier problema de salud y/o de desarrollo que tenga su menor:

¿Existe alguna circunstancia familiar de la que deberíamos estar informados para brindar un cuidado apropiado a su menor?

¿Tienen tradiciones y costumbres familiares y/o culturales que desee compartir con nosotros?

¿Cómo reconforta a su niño/a?

¿Cuáles son las actividades favoritas de su niño/a?



Nombre del Menor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Que idioma(s) hablan en su hogar?

\_\_\_\_\_

¿Su niño/a ya va al baño solo/a? \_\_\_\_\_

¿Cómo avisa que necesita ir al baño?

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*Complete la siguiente sección si su niño es un bebé o infante\*\*\*\*\*

Describa los hábitos de sueño de su niño/a:

\_\_\_\_\_

Describa el horario de comidas de su niño/a:

\_\_\_\_\_

¿Su niño como le comunica sus necesidades?

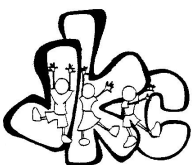
\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_  
(Firma de la Maestra de Cuidado Infantil)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Representante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



## AUTORIZACIONES DEL REPRESENTANTE

Página 1 de 2

Nombre del Menor \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para que empleados de Jaguar Kid Connection Child Care (JKC) provean el cuidado apropiado para mi(s) hijo/a(s) en casa de una emergencia, en caso de que no logren contactarme o me demore.

\_\_\_\_\_  
(Firma del representante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado para el currículum, proyectos, página web, redes sociales y artículos de periódico del centro.

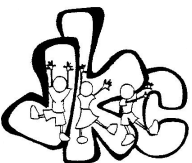
\_\_\_\_\_  
(Firma del representante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Doy mi permiso para que el Asesor de Salud de JKC verifique el historial médico de mi hijo/a concerniente a problemas de salud y también verificar el historial de vacunas cuando sea necesario.

\_\_\_\_\_  
(Firma del representante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



## AUTORIZACIONES DEL REPRESENTANTE

Página 2 de 2

De vez en cuando, estudiantes de la comunidad que asisten a clases de primera infancia tienen asignaciones donde deben de observar niños en un entorno donde cuiden niños. Nosotros procuramos ayudar tanto como sea posible. Nosotros no permitimos que el menor y el estudiante se queden solos en ningún momento. El estudiante siempre estará bajo supervisión directa por un maestro en el aula. Esto no perjudicará a su niño/a de ninguna manera ni le restará de sus experiencias. Esto es únicamente una oportunidad educativa para estudiantes que quieren convertirse en profesionales de primera infancia. Doy mi permiso para que mi niño/a sea observado.

\_\_\_\_\_  
(Firma del representante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

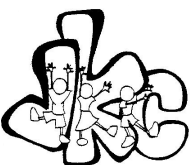
Doy mi permiso para que los empleados de Jaguar Kid Connection administren los siguientes productos de acuerdo a las instrucciones del fabricante o de acuerdo a las instrucciones de un profesional de salud (*marque los ítems para para los que otorga permiso*)

Suministrados por el Representante:

Toallitas Húmedas \_\_\_\_\_ Pañales \_\_\_\_\_  
Ungüento o Pomada Cambio del Pañal \_\_\_\_\_ Pasta Dental \_\_\_\_\_  
Remedios para Labios Partidos \_\_\_\_\_ Cepillo de Dientes \_\_\_\_\_  
Leche de Fórmula y Alimentos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del representante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)





## PLANILLA DE ORIENTACIÓN DE REPRESENTANTES

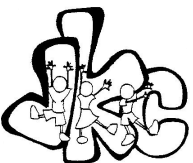
Yo, \_\_\_\_\_ he sido informado y notificado de las Políticas del Programa de Cuidado de Niños de Jaguar Kid Connection y me ha sido dado un recorrido por las instalaciones. (opcional - bajo solicitud).

\_\_\_\_\_  
(Firma del representante)

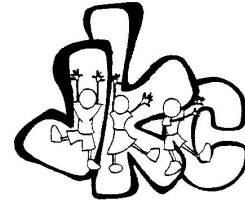
\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Director del Centro)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



# Carta De Notificación De Comida Para Infantes



Para: Padres y representantes de infantes menores de un año de edad  
Centro: Jaguar Kid Connection  
Tema: Comida para Infantes

Todos los niños en este centro de cuidado infantil, incluyendo bebés, califican para comidas por medio del Programa de Comida para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de EEUU (USDA, por sus siglas en inglés). Los centros de cuidado infantil que participan en este programa son reembolsados por USDA para ayudar con el costo de proporcionar comidas nutritivas que cumplen con las regulaciones de CACFP a todos los niños inscritos. Para cumplir en su totalidad con todos los requisitos de CACFP, es necesario que este centro proporcione leche de fórmula y otros alimentos requeridos para los bebés (cereal para bebés fortificado con hierro, granos, frutas, vegetales y carne o alternativos de carne) a los niños inscritos.

*La leche de fórmula que se ofrece en este centro es: **SIMILAC ADVANCE***

Usted puede elegir traer su propia leche de fórmula fortificada con hierro para bebés, proveer su propia leche materna o venir y amamantar en el centro. El centro comenzará a introducir alimentos semisólidos a su bebé de acuerdo con las decisiones tomadas por usted y el médico de su bebé. Cuando el desarrollo de su bebé esté listo para consumir alimentos sólidos y usted decida proveer leche materna, una leche de fórmula acreditada o amamantar en el sitio, entonces el centro debe de brindar el resto de componentes/comidas/meriendas requeridos. De forma alternativa, usted puede elegir proveer el componente de alimentos sólidos cuando el desarrollo de su bebé esté listo para permitirle consumir alimentos sólidos. En esta situación, el centro debe brindar el resto de los demás componentes requeridos para comidas/meriendas requeridos, incluyendo la leche de fórmula fortalecida con hierro.

Por favor marque sus preferencias:

**Leche de Fórmula o Leche Materna:** (marque una)

Quiero que el centro brinde la leche de fórmula para mi infante (marca Similac Advance)

Quiero traer la siguiente leche de fórmula para mi infante: \_\_\_\_\_

Nota: Entiendo que necesitaré entregar una declaración por Dieta Especial si mi infante necesita una leche de fórmula baja en hierro u otra leche de fórmula exenta de la Administración de Alimentos y Medicinas (FDA, por sus siglas en inglés).

Traeré leche materna para mi infante.

Vendré al centro para amamantar a mi infante, cuando sea posible.

**Alimentos Sólidos:** (marque una)

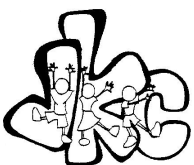
Deseo que el centro brinde los alimentos sólidos para mi infante cuando esté preparado para ello en su desarrollo.

Cuando mi infante esté preparado en su desarrollo, o traeré un (1) alimento, si no estoy brindando leche materna o leche de fórmula.

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*This institution is an equal opportunity provider.*



## FORMULARIO DE VACUNACIONES E INFORME DE ATENCIÓN MÉDICA

Suele presentarse confusión entre los siguientes 2 documentos, el primero es nuestro formulario de vacunaciones. Este formulario es suministrado por nuestra autoridad otorgante y aunque ellos aceptan que recibamos una impresión de las vacunas de su niño/o de la clínica, debemos tener una firma en uno de los cuatro recuadros de la segunda página (*por favor llene la parte superior de la página 1 también*).

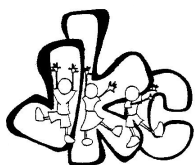
Si el menor tiene 15 meses de edad o más, puede firmar el recuadro 1.A.

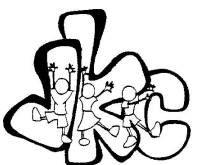
Si el menor aún no ha cumplido los 15 meses de edad necesitamos que su médico firme el recuadro 1.B.

Si usted tiene una exención médica para cualquiera de las vacunas, por favor solicite al médico de su niño/a que firme el recuadro 2.A.

Si usted ha decidido no vacunar a su niño/a porque tiene una objeción concienzuda a las vacunas, el recuadro 2.B. debe ser firmado y notariado.

El formulario subsiguiente es el Informe de Atención Médica que, al igual que el Formulario de Vacunaciones, es suministrado por nuestra autoridad otorgante. Este formulario debe ser llenado y firmado por el médico de su niño/a. No nos es permitido aceptar formularios generados por un centro médico. Ambos formularios deben ser completados antes de que podamos inscribir a su niño en los programas de cuidado de niños de Jaguar Kid Connection. Si tiene alguna pregunta por favor comuníquese llamando, enviando un correo electrónico o envíenos un fax. (Fax: 320-346-2589)





Introduzca los datos de cada una de las vacunas que su hijo/a haya recibido hasta la fecha. Especifique el mes, el día y el año de cada dosis (p. ej., 01/01/2020)

## Formulario de vacunaciones

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Vacunas requeridas para cuidados infantiles, programas para la primera infancia y la escuela.

Vacuna	0 - 6 meses	12 - 24 meses	En el jardín de infantes	En 7.º grado	En 12.º grado
Hepatitis B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diphtheria, Tetanus, Pertussis (DTaP, DT, Td)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pneumococcal (PCV)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chickenpox (varicella)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hepatitis A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tetanus, Diphtheria, Pertussis (Tdap)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meningococcal (MCV4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La ley de Minnesota obliga a que los niños matriculados en cuidados infantiles, programas para la primera infancia o la escuela estén vacunados contra ciertas enfermedades, excepto si el niño cuenta con una exención médica o no médica.

### Instrucciones para el padre, la madre o el guardián:

- Indique las fechas en orden cronológico, incluso si su hijo/a recibió alguna vacuna fuera de la categoría de edad o grado que aparece en el recuadro. Dependiendo de la edad de su hijo/a, es posible que no haya recibido todas las vacunas, por lo que algunos recuadros se dejarán en blanco.
  - Si tiene un copia del historial de vacunación de su hijo/a, puede incluir una copia del mismo en lugar de rellenar la parte delantera de este formulario.
  - Su clínica o doctor pueden proporcionarle una copia del historial de vacunación de su hijo/a. Si le falta o necesita información sobre el historial de vacunación de su hijo/a, hable con su doctor o llame a Minnesota Immunization Information Connection (MIIC) al 651-201-3980 o al 800-657-3970.
- Firme u obtenga las firmas necesarias para la parte trasera de este formulario.
  - Documente las exenciones médicas y no médicas en la sección 1.
  - Verifique el historial de varicela en la sección 2.
  - Proporcione consentimiento para compartir información sobre vacunaciones (opcional) en la sección 3.



**mn** DEPARTMENT OF HEALTH

Immunization Program (Programa de Vacunación) (2019)  
(Spanish) [www.health.state.mn.us/immunize](http://www.health.state.mn.us/immunize)

**Instrucciones:** Rellene la sección 1 para documentar una exención médica o no médica, la sección 2 para comprobar el historial de varicela y la sección 3 para dar consentimiento para compartir información sobre vacunaciones.

Nombre \_\_\_\_\_

**1. Documente una exención médica o no médica (A y/o B).**

Marque con una X en el recuadro para indicar si se trata de una exención médica o no médica. Si existen exenciones para más de una vacuna, marque cada vacuna con una X.

Vacuna	Exención médica	Exención no médica
Diphtheria, Tetanus, and Pertussis		
Polio		
Measles, Mumps, Rubella		
<i>Haemophilus influenzae</i> type b		
Chickenpox (varicella)		
Pneumococcal		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Meningococcal		

**A. Exención médica:** Con mi firma a continuación confirmo que este/a niño/a no debería recibir las vacunas marcadas con una X en la tabla por razones médicas (contraindicaciones) o porque existe una confirmación de laboratorio conforme ya es inmune.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(del profesional médico\*)

**2. Historial de varicela.** Este/a niño/a tuvo la varicela durante el mes y año \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación significa que confirmo que este/a niño/a no necesita de la vacuna contra la varicela porque:

- Soy un profesional médico y a este/a niño/a le fue previamente diagnosticada la varicela, o bien el padre o la madre proporcionaron una descripción que indica que su hijo/a tuvo la varicela en el pasado.
- Soy el padre, la madre o el guardián y este/a niño/a tuvo la varicela antes o en fecha del 1 de septiembre de 2010.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(del profesional médico\*, representante de clínica pública o padre/madre/guardián). El padre o la madre pueden firmar si la varicela tuvo lugar antes de septiembre de 2010.

\*La definición de profesional médico se aplica a médicos con licencia, practicantes de enfermería o ayudantes de médicos.

Minnesota Department of Health (Departamento de salud de Minnesota) - Immunization Program (Programa de vacunación) (2019)

**B. Exención no médica:** No es obligatorio vacunar a un menor si esto va en contra de las creencias de su padre, madre o guardián. No obstante, elegir no vacunar puede poner en riesgo la salud o la vida de su hijo/a o de otras personas con las que entre en contacto. Los niños no vacunados que estén expuestos a una enfermedad que pueda prevenirse mediante vacunación pueden ser obligados a permanecer fuera de los cuidados infantiles, la escuela y otras actividades con el fin de protegerles tanto a ellos mismos como a otros.

Con mi firma confirmo que este/a niño/a no recibirá las vacunas marcadas con una X en la tabla a causa de mis creencias. Soy consciente de que es posible que se obligue a mi hijo/a a quedarse fuera de los cuidados infantiles, la escuela y otras actividades en caso de estar expuesto/a.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(del padre, madre o guardián en presencia del notario)

**Las exenciones no médicas deben ser firmadas y selladas por un notario:**

Este documento fue firmado en mi presencia el \_\_\_\_\_ (fecha)  
por \_\_\_\_\_  
(nombre del padre, madre o guardián)

Sello del notario



Firma del notario: \_\_\_\_\_ ESTADO DE MINNESOTA, CONDADO DE \_\_\_\_\_

**3. Consentimiento para compartir información sobre vacunaciones:** Esta escuela solicita su permiso para compartir el registro de vacunación de su hijo/a con el sistema de información de vacunaciones de Minnesota. Dar su permiso:

- Proporcionaré un acceso más fácil para que tanto usted como su escuela verifiquen los registros de vacunación (p. ej., al inicio del curso escolar cada año).
- Ayudará a su escuela a proteger a los estudiantes al saber quiénes pueden ser vulnerables a enfermedades de acuerdo con sus registros de vacunación. Esto puede ser muy importante durante el brote de una enfermedad.

Según la ley de Minnesota, toda la información que proporcione es privada y únicamente podrá compartirse con los que estén autorizados a recibirla. Firmar esta sección del formulario es opcional. Si elige no firmar, esto no afectará a los servicios médicos o educativos que su hijo/a reciba.

Estoy de acuerdo en permitir que la escuela de mi hijo/a comparta la documentación de vacunación de mi hijo/a con sistema de información de vacunaciones de Minnesota:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(de padre/madre/guardián)



## HEALTH CARE SUMMARY

**MUST BE COMPLETED BY HEALTH CARE SOURCE**

Date of Enrollment: \_\_\_\_\_

NAME OF CHILD \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_

PARENT(S) OR GUARDIAN \_\_\_\_\_

Date of last physical examination \_\_\_\_\_ How long have you been seeing this child? \_\_\_\_\_

How frequently do you see this child when he/she is not ill? \_\_\_\_\_

Does this child have any allergies (including allergies to medications)? \_\_\_\_\_

Is a modified diet necessary? \_\_\_\_\_

Is any condition present that might result in an emergency? \_\_\_\_\_

What is the status of the child's . . . Vision \_\_\_\_\_

Hearing \_\_\_\_\_

Speech \_\_\_\_\_

Please list below the important health problems

<u>Important Health Problems</u>	<u>Followed By You</u>	<u>Followed By Other Med Source (Name)</u>	<u>Requires Special Attention at Center</u>
----------------------------------	----------------------------	--	---

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Other information helpful to the child care program \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

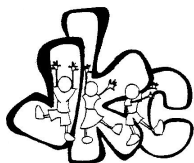
Phone \_\_\_\_\_

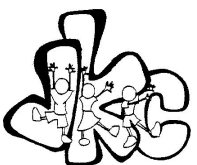
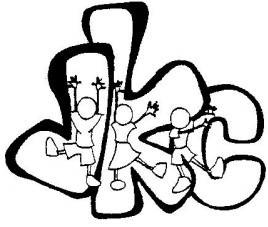
**Signature of Health Source** \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

MS-2083

\*\*\*\*\* Please fax back to Jaguar Kid Connection at 320-346-2589 ASAP \*\*\*\*\*







**CONTRATO FAMILIAR DE CUIDADO DE NIÑOS, PREESCOLAR Y PREPARACIÓN PARA LA ESCUELA JAGUAR KID CONNECTION**

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Teléfono:(fijo)\_\_\_\_\_ (trabajo)\_\_\_\_\_ (celular)\_\_\_\_\_

Correo Electrónico:\_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono:(fijo)\_\_\_\_\_ (trabajo)\_\_\_\_\_ (celular)\_\_\_\_\_

Correo Electrónico:\_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha Efectiva del Contrato: \_\_\_\_\_

**El presente Documento sirve para establecer un acuerdo para el/los menor(es) listado(s) a continuación:**

1er niño/a: \_\_\_\_\_ 2nd niño/a: \_\_\_\_\_ 3er niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Grupo de Edad \_\_\_\_\_ Grupo de Edad \_\_\_\_\_ Grupo de Edad \_\_\_\_\_

(Grupos de Edades: Bebé, Infante, Preescolar, Preparación para la Escuela, Edad Escolar)

Tipo de Contrato:

Año Completo \_\_\_\_\_ Año Escolar \_\_\_\_\_ Preparación para la Escuela \_\_\_\_\_ Verano \_\_\_\_\_

\*(Hay una tarifa de tenencia para el verano por cada niño en contratos de un año completo)

Horario Contratado:

**Bebés/Infantes/Preescolar:**

2 Days \_\_\_\_\_ (Solo Ma/J ó Mi/V) 3 Days \_\_\_\_\_ (L/Ma/J ó L/Mi/V)

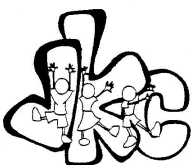
Días Lectivos \_\_\_\_\_ 5 días \_\_\_\_\_

**Edad Escolar:**

Antes de Clases \_\_\_\_\_ Después de Clases \_\_\_\_\_ Días No Lectivos \_\_\_\_\_

Horario:

Normalmente el cuidado será ofrecido de \_\_\_\_\_ am a \_\_\_\_\_ pm durante los días siguientes. (JKC está abierto desde las 6:45 am hasta las 5:15 pm.)



Los costos actuales del cuidado de niños y de preescolar serán incrementados el 1ro de Julio de 2024. La lista de tarifas es la siguiente:

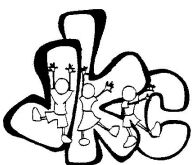
<b>Costo Semanal de JKC de Verano</b> • <b>Comenzando Julio 3, 2023</b>	2 Días	3 Días (incluye Lunes)	4 Días	5 Días	Día Adiciona l
Bebés (6 semanas-16 meses)	\$76	\$110	\$134	\$161	\$38
Infantes (16 meses - 33 meses)	\$73	\$110	\$125	\$148	\$38
Preescolar (33 meses - preK)	\$76	\$110	\$131	\$152	\$38
Edad Escolar (K - 6) *Lea a continuación para más información			Antes de clases: \$6/día		Días no lectivos: \$38

**Monto Contratado Semanal:** \_\_\_\_\_ (\*Debe completar planilla para retiros automatizados)

- Una tarifa de \$35 por niño es obligatoria al momento de inscripción y admisión
- Todos los niños de Preescolar 2 deben desembolsar una tasa de inscripción de \$35
- Procedimiento de pago: los retiros automatizados son obligatorios para todas las familias. Los pagos automatizados serán retirados cada Lunes de los servicios de su cuenta de ahorro o corriente.
- Las familias que son beneficiarias de asistencia pública para servicios de cuidado de menores deben notificar a la Coordinadora del centro inmediatamente de cualquier cambio en el estatus de la asistencia. El incumplimiento en notificar al Coordinador en un plazo de cinco días hábiles resultará en la tasación de cargos por retrasos y posible terminación de los servicios.
- Una cuota de retraso por \$25 será cargada semanalmente por pagos no recibidos o si hay fondos insuficientes en su cuenta. Esta cuota será agregada semanalmente hasta que se reciba el pago de la deuda en su totalidad.
- No se aplicarán descuentos en las tarifas debido a cierres del centro ni por inasistencias del niño de ningún tipo.
- Es obligatorio presentar una comunicación por escrito con dos semanas de antelación incluyendo el pago y previa aprobación para cambiar su contrato.
- Es obligatorio presentar una comunicación por escrito con dos semanas de antelación incluyendo el pago para poder retirar un niño.
- Cualquier niño puede ser expulsado inmediatamente del centro si el bienestar de sí mismo u otros lo hace necesario y si todas las demás soluciones a la situación han sido agotadas.
- JKC puede llegar a tener que cerrar debido a circunstancias imprevistas.
- Si el Centro cerrará durante un día laboral debido a condiciones climáticas extremas, todos los padres/representantes serán notificados.
  - El centro abrirá a las 7:30 am si las escuelas de BBE comenzarán tarde.
  - Si la escuela termina la jornada más temprano, permaneceremos abiertos hasta las 4:30 pm a menos que el clima obligue a cerrar más temprano por razones de seguridad.
  - Cuando la escuela esté cerrada, JKC estará abierto para el cuidado de niños de 7:30 am - 4:30 pm a no ser que se notifique lo contrario.

*He leído este contrato y el Manual de Cuidado de Niños/Preescolar/Preparación para la escuela de Jaguar Kid Connection y entiendo mis expectativas y responsabilidades económicas:*

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del Director: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS  
DE PAGOS SEMANALES**

Autorizo a las Escuelas Públicas de Belgrade-Brooten-Elrosa (Jaguar Kid Connection) y la institución financiera que aparece a continuación para que inicie retiros de mi: (marque una)

Cuenta Corriente \_\_\_\_\_ Cuenta de Ahorros \_\_\_\_\_

Reconozco que la originación de transacciones ACH a mi cuenta debe cumplir con las disposiciones de las leyes de EE.UU.

Por el valor de \$\_\_\_\_\_ el Lunes de cada semana hasta el 30 de Junio. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que se presente una notificación escrita con dos semanas de antelación a Jaguar Kid Connection ya que la Institución Financiera necesita un plazo razonable para cancelar la transacción de retiro.

Institución Financiera: \_\_\_\_\_

Ciudad y Estado: \_\_\_\_\_

Número Telefónico del Banco: \_\_\_\_\_

Nombre (**en letra de molde, por favor**): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Número de Routing: _____	Número de Cuenta Bancaria: _____
-----------------------------	-------------------------------------

***Por favor imprima el número de cuenta bancaria y el número de routing CLARAMENTE y de ser posible, adjunte un cheque invalidado para verificar toda la información de la institución financiera.***

