children's development academy

ACUERDO DE MATRICULACION

Nombre del Niño(a) _____ **Fecha de Matriculación:** _____

Este es un acuerdo relacionado con la provisión de servicios de cuidado infantil y educación temprana entre el **Children's Development Academy** (CDA) y _____, los Padre(s)/Guardián(es).

ACEPTACIÓN DE LA COLEGIATURA

Yo, (el padre), reconozco y acepto que soy responsable por una cuota semanal de _____, basada en mi aplicación de beca. También soy responsable de una cuota de $25.00 por niño, la cual no es reembolsable. Al momento de la inscripción, también debo pagar un depósito equivalente a una semana de colegiatura, que será aplicado a la última semana que mi hijo(a) esté enrolado en el Centro. *(La cuota anual y el depósito no aplican para niños de Pre-K).*

TERMINOS Y CONDICIONES

1. El CDA se compromete a proveer servicios de cuidado infantil a mi hijo(a) de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. (Los niños de Pre-K pueden recibir cuidado extendido antes y después de las horas del programa, pagando una cuota semanal).

2. Mi hijo(a) participará en el siguiente plan de alimentación: desayuno, almuerzo y merienda. Los niños de Pre-K deben llegar a las 8:30 a.m.

3. Entiendo que debo informar al Centro por adelantado en caso de ausencia o tardanza, llamando al 770-992-4006.

4. Entiendo que el programa educativo comienza a las 9:30 a.m. y que mi hijo(a) debe estar en el salón de clases antes de esa hora, listo(a) a participar. **Para los alumnos de Pre-K:** El día académico es de 8:30 a.m. a 3:00 p.m. y el niño(a) debe asistir todo el día. Las ausencias o tardanzas excesivas pueden ocasionar la terminación de los servicios.

5. Las ausencias o tardanzas por citas médicas o enfermedad deberán ser documentadas con una nota del proveedor de servicios médicos.

6. Entiendo que mi hijo(a) sólo entrará y saldrá del Centro acompañado por mí, una persona autorizada por mí, o un empleado del Centro. Entiendo que es requisito firmar diariamente el libro de asistencia en la Recepción al momento de dejar a mi hijo(a) y al recogerlo(a); que debo llevar a mi hijo(a) hasta el salón de clases; y que es necesario dejar un número de teléfono donde se me puede localizar cada día.

7. Entiendo que es mi responsabilidad mantener los datos de mi hijo(a) al día, y que debo comunicar al Centro cualquier cambio, por ejemplo, número de teléfono, dirección, personas autorizadas para recoger a mi hijo(a), médico del niño(a), etc.

8. Entiendo de debo proveer un registro de vacunas antes del primer día de asistencia. Entiendo que debo entregar verificación de todas las vacunas, según le sean puestas.

9. El CDA acuerda mantener la confiabilidad de toda la información pertinente a mi familia. Las siguientes personas o entidades serán las únicas con acceso a dicha información: agencias estatales, las maestras, y los empleados administrativos del Centro.

10. Entiendo que el desarrollo de mi hijo(a) será evaluado y que debo asistir a dos reuniones de padres/maestros al año.

11. Entiendo y estoy de acuerdo con que el CDA no es responsable por artículos robados o perdidos.

VOLTEE LA HOJA →

12. Antes de dar medicamentos al niño(a), debo proveer una autorización por escrito, indicando: la fecha; el nombre del niño; el nombre del medicamento; número de la receta médica; dosis; fecha y horas del día en que el medicamento debe ser administrado. Toda medicina deberá estar en su recipiente original, con el nombre del niño.
13. Autorizo al CDA a obtener cuidado de urgencia para mi hijo(a) en caso de que yo no esté disponible.

14. El CDA acuerda obtener mi autorización por escrito antes de que mi hijo(a) participe en excursiones educativas, actividades fuera del Centro, y actividades acuáticas, donde el agua tenga más de 2 pies de profundidad.

15. El CDA me mantendrá informado(a) en el caso de cualquier incidente, incluyendo enfermedad, accidente, reacciones adversas a una medicina, etc., que pueda afectar a mi hijo(a).

16. **Entiendo que si a mi hijo(a) se le presenta fiebre, vómitos o diarrea, no será readmitido en el Centro por un periodo de 24 horas y que debo recogerlo(a) antes de una hora.**

17. Debo pedir dietas especiales o sustituciones alimenticias debido a alergias (e.g., leche especial) por escrito.

18. Entiendo que debo mantener un cambio de ropa en el casillero de mi hijo todos los días, así como los pañales, Pull Ups, etc., que el niño(a) necesite.

19. Entiendo que debo pagar la colegiatura semanalmente, los viernes, por adelantado. Si el pago no se efectúa el viernes, tendrá un recargo de $5.00. Si el pago no se efectúa el lunes, el niño(a) no podrá asistir al Centro hasta que el pago no sea recibido.

20. Entiendo que la colegiatura se basa estrictamente en periodos semanales, que pueden incluir ausencias del niño, días feriados, 2 días de cierre anuales como días de planeación de las maestras, o cierre de emergencia por mal clima u otras razones imprevistas.

21. Me comprometo a recoger a mi hijo(a) antes de que el Centro cierre a las 6:00 p.m. Entiendo que habrá una multa por tardanza en recoger al niño(a): $5.00 por los primeros 15 minutos o fracción, y $10.00 por cada quince minutos adicionales. Las multas por tardanzas deben pagarse al momento de recoger al niño(a), o al día siguiente. Las tardanzas frecuentes pueden resultar en multas más severas o en la terminación de los servicios.

22. **Acuerdo de Terminación de Servicios:** En el caso en que decida retirar al niño(a) del Centro, debo dar un aviso de 2 semanas, por escrito. Soy responsable por el pago de la matrícula o pensión correspondiente a estas dos semanas. El director(a) del Centro se reserva el derecho de terminar este acuerdo y la asistencia de mi hijo(a) por medio de una comunicación por escrito.

23. Tengo el derecho de visitar e inspeccionar el Centro y de observar en el salón de mi hijo(a) en cualquier momento.

24. Me comprometo a participar en los eventos especiales y a sacar provecho de las oportunidades educativas del CDA!

He recibido y leído el manual para Padres de Familia del Children's Development Academy y estoy de acuerdo y acepto todos los términos, condiciones y reglas.

_____ _____

Firma del Padre/Acudiente y Fecha **Firma del Administrador y Fecha**

children's development academy

INFORMACION DE ATENCION MEDICA Y EMERGENCIAS

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Hogar _____

Nombre de la Madre _____ Teléfono (H) _____ Teléfono (T) _____

Nombre del Padre _____ Teléfono (H) _____ Teléfono (T) _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO(A)

***Por favor marque el nombre de la persona autorizada para recoger al niño(a) quien deberá ser contactada en caso de Emergencia Médica.**

☐1. Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Relación con el Niño(a) _____ Relación con el Padre _____

☐2. Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Relación con el Niño(a) _____ Relación con el Padre _____

☐3. Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Relación con el Niño(a) _____ Relación con el Padre _____

Pediatra del Niño(a) _____ Teléfono _____

Dentista del Niño(a) _____ Teléfono _____

Seguro Médico: Compañía _____ Número de Póliza _____

Necesidades médicas del niño(a) & condiciones especiales _____

Prescripción médica del niño(a) por enfermedad crónica actual _____

Por la presente autorizo al Child Development Association para brindar atención de Primeros Auxilios para hijo mientras está bajo custodia del centro y si es necesario, para ser transportado y recibir atención de emergencia. Yo entiendo que seré responsable de los gastos de transporte que no estén cubiertos bajo mi seguro médico. Doy mi consentimiento para que la persona autorizada en la lista anterior actúe en mi nombre hasta que yo esté disponible. Estoy de acuerdo en revisar y actualizar información cada vez que ocurran cambios. El centro utilizará Children's Health Care of Atlanta como el centro médico elegido a menos de que sea requerido por el EMT asistir a otro centro médico.

ALERGIA DE ALIMENTOS/SENSIBILIDAD/RESTRICCION EN LA DIETA ALIMENTICIA

Mi hijo presenta alergia por:

Mi hijo no puede comer lo siguiente por **religión o razones médicas:**

Alergia/Sensibilidad	**Restricciones en la Dieta Alimenticia**
1.	1.
2.	2.

Doy mi permiso para que la maestra publique la información acerca de las alergia/restricción en la dieta de mi hijo en el salón de clases, en un lugar visible para todo el personal. Yo entiendo que esta ubicación podrá ser visible para otras familias.

FIRMA DEL PADRE/ACUDIENTE: _____

FECHA: _____

Revised 03/2024

children's development academy

Todos los niños deben tener este formulario en su archivo.

Instrucciones:

Parte I

1. Escriban el apellido y el primer nombre del niño en el CDA

Parte II

1. Nombre de todos en la casa incluyendo niño en el CDA
2. Ingresos. **(Semanal o mensual)**
3. **Total de personas en la familia/hogar.**

Parte III

1. Escriban las horas en que su hijo/a está en el CDA

Parte IV

- Firma
- Nombre
- Fecha
- Direcciones

Parte V (Opcional)

- Marca las identidades étnicas y raciales.

Bright from the Start: Georgia Department of Early Care and Learning
CACFP Meal Benefit Income Eligibility Statement*

PART I: Child(ren) or Adult enrolled to receive day care

Name: (Last, First and Middle Initial)	SNAP, TANF, or FDPIR case number, or Client ID number for children only. All the above, or SSI or Medicaid case number for Adults. Note: Do not use EBT numbers. Write case number and percaed to Part II	Children in Head Start, foster care and children who meet the definition of migrant, runaway, or homeless are eligible for free meals. Check (✓) all that apply.				
		Head Start	Foster Child	Migrant	Runaway	Homeless
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

PART II: Report income for ALL Household Members (Skip this step if participant is categorically eligible as documented in Part I.) Are you unsure what income to include here? Flip the page and review the charts titled "Sources of Income" for more information.

A. Child Income[1] - Sometimes children in the household earn or receive income. Please indicate the TOTAL income received by child household members listed in PART I here. Child Income/How often? $_____/_____

B. Other Household Members[2]. ~~Use all household members even if they do not receive income. Also, list the adult participant if he/she did not meet eligibility in Part I.~~ For each Household Member listed, if they do receive income, report total gross income (before taxes) for each source in whole dollars (no cents) only. If they do not receive income from any source, write '0'. If you enter '0' or leave any field blank you are certifying (promising) there is no income to report.

Name of Other Household Members (First and Last)	1. Earnings from work before deductions / How often?	2. Welfare, child support, alimony / How often?	3. Social Security, pensions, retirement / How often?	4. All other income / How often?
1. _____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____
2. _____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____
3. _____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____
4. _____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____
5. _____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____	$_____/_____

C. Total Household Members (Adults and Children) listed in Part I and Part II _____

Social Security Number. If income is listed or completed in Part II, the adult completing the form must also list the last four digits of his or her Social Security Number or check the "I don't have a Social Security Number" box below. (See Privacy Act Statement on next page).

Last four Digits of Social Security Number XXX-XX_____ ☐ I do not have a Social Security Number

PART III: Enrollment Information *Children Only*

My child is normally in attendance at the facility between the hours of _____ [am/pm] to _____ [am/pm]. ☐ (✓) Check here if only before/after school care is provided.

Circle the days your child will normally attend the center: Sunday Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday

Circle the meals your child will normally receive while in care: Breakfast AM Snack Lunch PM Snack Supper Evening Snack

PART IV: Signature

I certify that all information on this form is true and that all income is reported. I understand that the center or day care home will get Federal funds based on the information I give. I understand that CACFP officials may verify the information. I understand that if I purposefully give false information, the participant receiving meals may lose the meal benefits, and I may be prosecuted. This signature also acknowledges that the child(ren) or adult listed on the form in Part I are enrolled for care.

Signature: X _____ Print Name: _____ Date: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: _____

PART V: Participant's Ethnic and Racial Identities (optional)

Check (✓) one ethnic identity: ☐ Hispanic/ Latino ☐ Not Hispanic/ Latino

Check (✓) one or more racial identities: ☐ Asian ☐ White ☐ Black or African American ☐ Indian or Alaska Native ☐ Hawaiian or other Pacific Islander

No se necesita ninguna prueba financiera.

Por favor llene el formulario y devuélvalo lo antes posible.

Bright from the Start: Georgia Department of Early Care and Learning

CACFP Meal Benefit Income Eligibility Statement*

PART I: Child(ren) or Adult enrolled to receive day care

Name: (Last, First and Middle Initial)	SNAP, TANF, or FDPIR case number, or Client ID number for children only. All the above, or SSI or Medicaid case number for Adults. **Note:** Do not use EBT numbers. Write case number and proceed to Part III.	Children in Head Start, foster care and children who meet the definition of migrant, runaway, or homeless are eligible for free meals. Check (✓) all that apply. (See definitions in FAQs)				
		Head Start	Foster Child	Migrant	Runaway	Homeless
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

PART II: Report income for ALL Household Members (Skip this step if participant is categorically eligible as documented in Part I.)

Are you unsure what income to include here? Flip the page and review the charts titled "Sources of Income" for more information.

A. Child Income[1] - Sometimes children in the household earn or receive income. Please indicate the TOTAL income received by child household members listed in PART I here.

Child Income/How often? $_____/_____

B. Other Household Members[1]. List all household members even if they do not receive income. Also, list the adult participant if he/she did not meet eligibility in Part I. For each Household Member listed, if they do receive income, report total gross income (before taxes) for each source in whole dollars (no cents) only. If they do not receive income from any source, write '0'. If you enter "0" or leave any field blank you are certifying (promising) there is no income to report.

Name of Other Household Members (First and Last)	1. Earnings from work before deductions / How often?	2. Welfare, child support, alimony / How often?	3. Social Security, pensions, retirement / How often?	4. All other income / How often?
1. _____	$ _____/_____	$ _____/_____	$ _____/_____	$ _____/_____
2. _____	$ _____/_____	$ _____/_____	$ _____/_____	$ _____/_____
3. _____	$ _____/_____	$ _____/_____	$ _____/_____	$ _____/_____
4. _____	$ _____/_____	$ _____/_____	$ _____/_____	$ _____/_____
5. _____	$ _____/_____	$ _____/_____	$ _____/_____	$ _____/_____

C. Total Household Members (Adults and Children) listed in Part I and Part II _____

Social Security Number. If income is listed or completed in Part II, the adult completing the form must also list the last four digits of his or her Social Security Number or check the "I don't have a Social Security Number" box below. (See Privacy Act Statement on next page). **Failure to complete this section, if income is listed, will result in the denial of free or reduced eligibility.**

Last four Digits of Social Security Number XXX-XX_____ ☐ I do not have a Social Security Number

PART III: Enrollment Information: *Children Only*

My child is normally in attendance at the facility between the hours of _____ [am/pm] to _____ [am/pm]. ☐ (✓) Check here if only before/after school care is provided.

Circle the days your child will normally attend the center: Sunday Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday

Circle the meals your child will normally receive while in care: Breakfast AM Snack Lunch PM Snack Supper Evening Snack

PART IV: Signature

*I certify that all information on this form is true and that **all** income is reported. I understand that the center or day care home will get Federal funds based on the information I give. I understand that CACFP officials may verify the information. I understand that if I purposefully give false information, the participant receiving meals may lose the meal benefits, and I may be prosecuted. This signature also acknowledges that the child(ren) or adult listed on the form in Part I are enrolled for care.* ***If not completed fully and signed, the participant will be placed in the Paid category.***

Signature: X _____ **Print Name:** _____ **Date:** _____

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____ **Phone:** _____

*This application is a revision of USDA's newly released meal benefit prototype and meets all legal requirements and reflect design best practices identified by USDA through focus testing and other research.

PART V: Participant's Ethnic and Racial Identities (optional)

Check (✓) one ethnic identity:
☐ Hispanic/ Latino ☐ Not Hispanic/ Latino

Check (✓) one or more racial identities:
☐ Asian ☐ White ☐ Black or African American ☐ Indian or Alaska Native ☐ Hawaiian or other Pacific Islander

Official Use Only Section for Provider: Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 weeks x 26, Twice a month x 24, Monthly x 12

Total income: _____ **Per:** ☐ Week ☐ Every 2 weeks ☐ Twice a month ☐ Monthly ☐ Year **Household Size:** _____

Categorical Eligibility: check (✓) if applicable ☐ **Eligibility**: check (✓) one Free ☐ Reduced ☐ Paid ☐

Day Care Homes Only: check (✓) one Tier I ☐ Tier II ☐

When more than one person is performing CACFP duties, there must be at least two signatures on this form: one signature from the Determining Official (the official who determined initial income classification) and one signature from the Confirming Official (the official who verified the form's accuracy).

Determining Official's Signature: _____ **Date:** _____

Confirming Official's Signature: _____ **Date:** _____

Follow Up Official's Signature: _____ **Date:** _____

children's development academy

CHILD HEALTH ASSESSMENT

(To be completed and signed by Child's Healthcare Provider)
Parents: Please return this completed form, with FORM 3231 (immunization record) attached.

_____ / ____ / _____

Child's Name **Date of Birth** **Sex** M F

HEALTH EXAMINATION – Check correct option below and complete information that follows.

1. _____ A complete physical examination was given on (please enter date) _____
2. _____ A current examination was waived due to _____

Please fill out if child has had any screening tests completed:

TESTS	DATE	RESULTS
Tuberculin skin TB		
Chest X ray		
Other (please specify)		

MEDICAL HISTORY and HEALTH CONCERNS

Chicken Pox (Year) _____ Scarlet Fever (Year) _____
TB/TB contact (Year) _____ Other (Year) _____

Please check all that apply:

___	Asthma	___	Seizures	___	Diarrhea
___	Reaction to foods	___	Frequent ear infections	___	Frequent colds
___	Diabetes	___	Constipation	___	Sore Throat

CHILD'S CURRENT PHYSICAL LIMITATIONS, SPECIAL NEEDS, OR DISABILITIES

(For example, allergies, heart disease, epilepsy, HIV, hepatitis, or hospitalizations in the past 12 months, and any medications prescribed for long-term, continuous use).

Allergies or Asthma **(if applicable, please complete special care plan section on the back of this form)**
Routine Medications: _____
Dietary Restrictions: _____
Disabilities (please be specific): _____
Hearing impairments: _____
Visual impairments: _____
Physical disabilities: _____
Other: _____

Physician's Name: _____ **Date:** _____

Physician's Signature: _____ **Phone #:** _____

Address: _____

If child has allergies or asthma, please complete page 2.

Revised 02/2024

SPECIAL CARE PLAN FOR A CHILD WITH ALLERGIES OR ASTHMA

Primary health care provider _____ Phone _____

Asthma specialist/Allergist _____ Phone _____

Known triggers for this child's asthma/allergies (circle all that apply)

Animals	Flowers	Room deodorizers	Excitement
Colds	Grass	Smoke	Physical exercise
Dust	Strong odors	Mold	Tree pollens
Bee Stings			

Foods (please specify): _____

Others: _____

Typical signs and symptoms of the child's asthma episode (circle all that apply)

Breathing faster	Dark circles under the eyes
Difficulty playing, eating, drinking, talking	Fatigue
Flaring nostrils, mouth open, panting	Wheezing
Complaints of chest pain/tightness	Persistent coughing
Face red, pale, or swollen	Gray or blue lips, fingernails
Restlessness, agitation	Grunting

How often has this child needed urgent care for an attack of asthma?
In the past 12 months? _____ in the past 3 months? _____

Treatment/Medications:

_____

_____

_____

The CDA will make every reasonable attempt to follow the above special care plan. By signing this form I agree to update this information, as needed, should my child's needs change, or his/her treatment plan is modified. I also agree to provide CDA with additional information relevant to my child's special needs.

_____ _____

Parent/Guardian Signature **Date**