



TEXAS
HEARING
INSTITUTE

Melinda Webb School

Formulario de Inscripción – Español 2023-2024

Es la responsabilidad del padre (o guardián) notificarnos de algún cambio en número de teléfono, información de empleo, alergias y otra información importante durante el año.



United Way of Greater Houston

THE MELINDA WEBB SCHOOL

Acuerdo de registro 2022-2023

* Cada estudiante deberá pagar una cuota de inscripción no reembolsable de 100 dólares. Esta cuota será pagada anualmente al recibir el acuerdo de inscripción

Nombre del estudiante: _____

Deseo inscribir a mi hijo para el año escolar 2023-2024.

Por favor, seleccione todas las opciones de inscripción que correspondan:

- Programa de día completo de MWS, lunes a viernes de 8 AM – 3 PM
- Programa de medio día de MWS, martes y jueves de 8 AM – 12 PM (solo si califican)
- Cuidado de las mañanas “Rise & Shine” de 7 AM – 8 AM a un costo adicional
- Cuidado de las tardes “Later Gator” de 3 PM – 6 PM a un costo adicional
- Programa del año entero de aprendizaje temprano, de lunes a viernes de 7 AM – 6 PM

Deseo solicitar ayuda financiera para el año escolar 2022-2023.

Programa de Verano del 2023:

- Estoy interesado en el Programa de Verano 2023 (6/7/23 - 8/4/23) (\$300/semana)
- Estoy interesado en cuidado de verano por ciertas semanas (\$330/semana)

Añada las fechas a continuación de las semanas que necesita cuidado de verano:

THE MELINDA WEBB SCHOOL

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre del Alumno: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Raza (opcional): Afroamericano Asiatico Caucasico Otro: _____

Etnicidad (opcional): Hispano No- Hispano Sexo: Niño Niña

Idioma hablando en Casa: _____ Idioma preferido de Padres: _____

Domicilio: _____

Calle

de Apartamento

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Districto Escolar Designado

Condado

El estudiante vive con: Mama Papa Los dos Otros: _____

¿Su hijo recibe algún servicio especial?

Terapia del habla Lugar: _____

Audiología Lugar: _____

Terapia física/ocupacional Lugar: _____

Otros: _____ Lugar: _____

Nombre de **Padre 1**: _____ Tel. Celular: _____

Correo electronico: _____ Tel. del Trabajo: _____

Empleador: _____ Nivel más alto de educación : _____

Direccion de hogar: _____ ¿Usted tiene perdida de audicion? Sí ___ No ___

^ Por favor escriba "igual que el estudiante" si corresponde

Nombre de **Papa**: _____ Tel. Celular: _____

Correo electronico: _____ Tel. del Trabajo: _____

Empleador: _____ Nivel más alto de educación : _____

Direccion de hogar: _____ ¿Usted tiene perdida de audicion? Sí ___ No ___

^ Por favor escriba "igual que el estudiante" si corresponde

Otro Padre de Familia o Guardian: _____ Tel. Celular: _____

Correo electrónico: _____ Relación al alumno: _____

¿Hay algo más que debemos saber sobre su hijo (por ejemplo, información médica, de comportamiento, etc.)?

THE MELINDA WEBB SCHOOL

PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

PTO (Organización de Padres y Maestros)

PTO es la Organización de Padres y Maestros que ayuda a apoyar al personal y a los estudiantes de MWS.

Estoy interesado en recibir correos electrónicos sobre y de PTO

Correos electrónicos escolares

Por favor, marque los padres que deben ser incluidos en los correos electrónicos de la escuela:

Padre 1 (obligatorio)

Padre 2

Otro padre/tutor

Directorio de escuelas

Esta es una manera de conectarse con otros padres en MWS.

Por favor, ponga sus iniciales en lo que le resulte cómodo:

_____ Sí, me gustaría recibir y proveer mi información a otros padres de la escuela

_____ Sí, me gustaría recibir y proveer mi información a otros padres de la clase de mi hijo

_____ No, no deseo recibir ni proveer mi información a otros padres

En caso afirmativo, marque toda la información que se sienta cómodo compartiendo con otros padres de MWS:

Nombre del niño

Fecha de nacimiento del niño

Correo electrónico del padre 1

Número de teléfono del padre 1

Correo electrónico del padre 2

Número de teléfono del padre 2

Dirección de la familia

El Directorio de la Escuela está destinado a ser utilizado únicamente por el personal de la escuela y los padres de Melinda Webb School. Los nombres, direcciones y números de teléfono de los padres y del personal que aparecen en este directorio no pueden ser entregados por nadie para su uso en listas de correo comercial, solicitudes de negocios, o para cualquier propósito no pertinente a las actividades de MWS. Agradecemos su cooperación para proteger la privacidad de los niños, los padres y el personal.

Grupos de apoyo para padres

THI facilita grupos de apoyo familiar, tanto en español como en inglés, para todas las familias del THI.

Estoy interesado en recibir información sobre los próximos grupos de apoyo

Grupo de Conexión de Padres

Esta es una forma de conectar a los nuevos padres de MWS con los padres actuales de MWS. Si usted es capaz de conectar y compartir su experiencia con los nuevos padres, por favor, regístrese a continuación.

Estoy interesado en participar en el grupo de conexión de padres para conectar con los nuevos padres de MWS

Soy un nuevo padre de MWS y estoy interesado en conectar con los padres actuales de MWS

THE MELINDA WEBB SCHOOL

ALLERGY ALERT/FOOD RESTRICTION NOTICE

Nombre del Alumno: _____

Restricciones Dietarias:

Su niño tiene alguna restricción de los alimentos que consume? Sí ___ No ___

En caso que si ,favor de escribir: _____

Alergias

¿Su niño tiene alergia a algún alimento? Sí ___ No ___

En caso que sí, favor de escribir el alimento, el **tipo** de reacción y la **severidad** de la reacción:

Alimento:

Tipo/ Severidad de reacción:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Si su niño tiene la reacción indicada arriba, favor escriba la acción que desea que tome la maestra (ex: llamar al 911, inyectar epinefrina):

¿Las alergias de su hijo requieren un plan de acción de emergencia de su médico? Si ___ No ___

En caso que si, favor y proporcione.

¿Su niño tiene **otra** alergia? Sí ___ No ___

En caso que sí, favor de escribir que es, el **tipo** de reacción y la **severidad** de la reacción:

Alérgico a:

Tipo/ Severidad de reacción:

_____	_____
_____	_____

Si su niño tiene la reacción indicada arriba, favor escriba la acción que desea que tome la maestra (ex: llamar al 911, inyectar epinefrina):

¿Las alergias de su hijo requieren un plan de acción de emergencia de su médico? Si ___ No ___

En caso que si, favor y proporcione.

TODOS LOS MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA TRATAR LAS REACCIONES ALÉRGICAS DEBEN INCLUIRSE EN EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE SU HIJO Y DEBEN DEJARSE EN LA ESCUELA

Nombre del Padre/Guardián

Tel. Celular

Fecha

THE MELINDA WEBB SCHOOL

INFORMACION DE SLAUD & REGISTROS DE VACUNAS & REQUERIMIENTOS DE SALUD

Nombre de estudiante: _____

Compañía de Seguro Médico: _____

de Póliza: _____

Pediatra/Clínica: _____

Tel. del Pediatra: _____

INFORMACION DE LA SALUD DEL ALUMNO

Favor de anotar las cirugías que su niño ha tenido en los últimos 12 meses:

Favor de anotar los medicamentos que su niño toma regularmente:

Su hijo/a toma estos medicamentos durante las horas de escuela? Si No

IF YOUR CHILD REQUIRES SPECIALIZED MEDICAL ASSISTANCE, YOU MUST PROVIDE A COPY OF HEALTH CARE PROVIDER'S RECOMMENDATIONS AND SUBMIT A MEDICATION ADMINISTRATION FORM LOCATED AT THE SCHOOL FRONT DESK

Por favor adjunte una copia del expediente de inmunización más reciente de su hijo.

___ He proporcionado la operación de cuidado de niños con una copia del expediente de inmunización más reciente de mi hijo.

___ Estoy excluyendo a mi hijo de los requisitos de inmunización por razones de conciencia, incluyendo una creencia religiosa. He adjuntado un formulario oficial notariado de declaración jurada desarrollado y emitido por el Departamento de servicios de salud del estado. Entiendo que esta declaración jurada es válida por 2 años.

* No se requiere la vacuna contra la varicela si su hijo ha tenido enfermedad de varicela. Si su hijo ha tenido varicela, por favor complete la declaración: mi hijo tuvo enfermedad de varicela en o alrededor de (fecha) _____ y no necesita la vacuna contra la varicela.

REQUISITO DE ADMISION: Si su hijo no asiste al pre-kindergarten o a la escuela lejos de la operación de cuidado de niños, uno de los siguientes debe presentarse cuando su hijo sea admitido en la operación de cuidado de niños o dentro de una semana de admisión.

Por favor, marque sólo una opción:

___ 1. Declaración del profesional de la salud: he examinado al niño mencionado anteriormente en el último año y he encontrado que él/ella es capaz de participar en el programa de guardería.

Firma del profesional del cuidado de la salud: _____ Fecha: _____

___ 2. Se adjunta una copia firmada y fechada de la declaración de un profesional de la salud. (Se puede utilizar una copia de su informe de bienestar más reciente)

___ 3. El diagnóstico y el tratamiento médicos están en conflicto con los principios y las prácticas de una organización religiosa reconocida, a la que me adhiera o soy miembro; He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada indicando esto.

___ 4. Mi hijo ha sido examinado en el último año por un profesional de la salud y es capaz de participar en el programa de guardería. Dentro de los 12 meses de admisión, voy a obtener una declaración firmada por un profesional de la salud y la someterá a la operación de cuidado de niños.

Nombre y dirección del profesional del cuidado de la salud:

THE MELINDA WEBB SCHOOL

PERMISOS

Nombre de estudiante: _____

Por favor, INICIE en todo lo que da su consentimiento y escriba "NO" para lo que NO da su consentimiento:

Actividades Acuáticas:

___ Doy permiso a que mi niño participe en las actividades acuáticas en la escuela. Actividades acuáticas pueden referirse a chapoteaderos, piscina de poca profundidad, y/o otras actividades acuáticas Proporcionadas por la escuela.

Actividades y Equipo Recreacional

___ Doy mi permiso a que mi niño use todo el material de aprendizaje y entretenimiento tanto adentro como afuera y cualquier equipo relacionado con el programa diario

Alimentos proporcionados por la Escuela Melinda Webb (MWS):

___ Doy permiso a que mi niño coma bocados y comida proporcionada en la escuela durante eventos especiales.

MWS solo ofrece refrigerios pre-envasados y alimentos no perecederos.

Transportación:

___ Por este medio doy mi consentimiento para que mi hijo sea transportado y supervisado por los empleados de la operación para excursiones.

Excursiones:

___ Por este medio doy mi consentimiento para que mi hijo participe en excursiones.

Chequeos:

___ Entiendo que la Escuela Melinda Webb está obligada a evaluar la audición y la visión de todos los estudiantes de más de 4 años de edad anualmente. Una evaluación completa del desarrollo físico, cognitivo, socio-emocional, y las habilidades de adaptación se completa en cada estudiante anualmente. Las remisiones para las evaluaciones de profundidad pueden ser hechas basadas en los resultados de la evaluación de cualquiera de las áreas de desarrollo mencionadas.

Recibo de privacidad y las políticas operativas escritas:

___ Reconozco haber recibido la Política de privacidad y las políticas operativas de la instalación, incluidas las de disciplina y orientación

Autorización de recogida:

Los padres deben añadir a la cuenta de Brightwheel de su hijo a todas las personas aprobadas para recogerlo. Los estudiantes sólo pueden ser liberados de la operación de cuidado de niños a una persona que aparece en la cuenta de Brightwheel del estudiante Y después de la verificación de la identificación de la persona que recoge su hijo. Si una persona no aparece en la lista de personas aprobadas para recoger a un estudiante, no se le autorizará a salir de la guardería con el estudiante.

___ Autorizo a la guardería a permitir que mi hijo salga de la guardería SOLO con las personas que aparecen en el perfil de Brightwheel de mi hijo.

THE MELINDA WEBB SCHOOL

CONTACTO DE EMERGENCIA & AUTORIZACION PARA RECOGER A SU NIÑO

Nombre del Niño: _____ Nombre del Padre: _____

Escriba dos personas a las que podemos contactar si no es posible localizar a los padres en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Dirección: _____

¿Está autorizada esta persona a recoger a su hijo de la escuela? Sí No

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Dirección: _____

¿Está autorizada esta persona a recoger a su hijo de la escuela? Sí No

¿Existe alguna persona que bajo ninguna circunstancia pueda recoger a su niño? Sí No

Si sí, ¿Cuál es el nombre?: _____ Razón*: _____

* Puede que necesite presentar documentación

AUTORIZACION DE EMERGENCIA

Yo autorizo al *Texas Hearing Institute* a llevar a mi niño, _____
(Nombre del Niño)
al hospital para que sea tratado por un doctor o profesional médico en caso de emergencia.

Al firmar, afirmo que toda la información de este paquete es correcta y completa.

Firma del Padre/Guardián: _____

Fecha: _____