



KidzXL Formulario de Inscripción “Programa Después de Escuela” y/o “Campamento Veranero” 2026 - 2027

Nombre del menor: _____ Grado Actual: _____

Nombre del padre: _____

LISTA DE DOCUMENTOS NECESARIOS PARA APLICAR:

- ☐ Costo de Registración - \$50.00 por familia (una vez al año)
- ☐ Costo de Matrícula - \$55.00 por semana (**y/o el Verano \$90.00**)
- ☐ Para hermanos adicionales, descuento de \$10 sobre el precio original
- ☐ Becas limitadas
- ☐ PAQUETE DE INSCRIPCIÓN COMPLETADO
 - Acuerdo financiero
 - Información para registración
 - Formulario de Información de Salud
 - Contactos Médicos
 - Permiso Para Tomar Fotografías
 - Políticas y Acuerdos
- ☐ INFORMACIÓN DE CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA
- ☐ FORMULARIO DE VACUNACIÓN (la forma azul de la escuela)
- ☐ CERTIFICADO DE NACIMIENTO del niño
- ☐ IDENTIFICACIÓN DEL PADRE
- ☐ TODOS LOS FORMULARIOS ESTEN COMPLETADOS

KidzXL 3801 SW 97th Ave Miami, FL 33165

Oficina: **305.221.1404**

Teléfono Celular: **Director Ejecutivo Abner Reyes, 786.708.1346**

Director de Programa Kevin Vallejos, 305.915.8092



Aceptamos los niños de todas habilidades.

Programa para Después de Escuela KidzXL 2025/2026

Empezando el 14 de agosto, 2025, 2:00pm a 6:00pm \$55 por semana

Programa para Campamento Veranero KidzXL 2026

Empezando el 8 de junio, 2026, 7:30am a 6:00pm \$90 por semana

KidzXL estará en sesión cuando las escuelas de Miami-Dade están en sesión. KidzXL estará abierto durante días de planificación de maestros y Spring Break, pero no estará abierto durante las vacaciones navideña.

Nombre del menor: _____

Fecha de inscripción: _____, 202__.

Padres: favor de leer, reconocer, y firmar la aceptación del acuerdo de matrícula, considerando las siguientes normas, directrices y procedimientos de KidzXL:

1. KidzXL requiere que los alumnos matriculados asistan por lo menos cuatro (4) días de cada semana escolar.
2. Los estudiantes leerán por 30 minutos todos los días durante nuestro programa.
3. Los estudiantes serán requeridos a participar en actividades deportivas.
4. Los estudiantes serán colocados en grupos acuerdo a su edad, con un instructor. También se les enseñara acerca de la Biblia por lo menos una vez a la semana.
5. Si un estudiante recibe una detención en la escuela, ese mismo día cuando vienen a KidzXL, vamos a exigir que complete tareas y/o proyectos adicionales.
6. Si un estudiante se niega a cruzar la calle de la escuela Olympia Heights Elementary School (OHES) un miembro del personal de KidzXL dejará ese estudiante en la oficina de OHES. Los padres serán notificados y el estudiante puede ser suspendido de KidzXL por un día escolar.
7. En KidzXL no se permite uso de profanidades ni las peleas. Si algún estudiante consistentemente rompe alguna de estas reglas, el estudiante puede ser suspendido del programa permanentemente.
8. Se requiere que los Estudiantes de OHES inscritos en KidzXL se reúnan en la bandera al frente de la escuela a los 10 minutos después de la última campana.
9. Los padres deben notificar al director de KidzXL (2) semanas de anticipación si están retirando a sus hijos de nuestro programa.

Firma del Padre/Guardian: _____ **Fecha:** _____

FORMULARIO DE INFORMACION DEL MENOR

Apellido del Menor _____, **Nombre** _____ **Segundo nombre** _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

--	--

--	--

--	--	--	--

Sexo del menor ☐ Masculino ☐ Femenino

Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social del menor

--	--	--	--

☐ Sin SS

Número del ID de MDCPS

--	--	--	--	--	--	--

Mandatorio para inscribir

Escuela a la que asiste el menor _____

¿Es competente en Inglés? ☐ Sí ☐ No

Otros idiomas que se hablan en el hogar ☐ Español ☐ Haitiano-Creole ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Código postal** _____

Origen étnico del menor ☐ Hispano ☐ Haitiano ☐ Otro, por favor explique _____

Raza del menor ☐ Indio americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano
☐ Originario de las Islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro ☐ Multiracial

Grado escolar del menor

--	--

¿Tiene el menor seguro de salud (ex., seguro privado, KidCare, Medicaid)? ☐ Sí ☐ No

(Si no lo tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura económica—llame al 211)

Nombre completo del padre, madre o guardián del menor _____

Correo electrónico del padre, madre o guardián del menor _____

Teléfono principal del padre, madre o guardián

--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

(The Children's Trust podría comunicarse con usted para preguntarle acerca de su satisfacción con estos servicios) **Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a).**

¿Cuáles son las principales formas en que se comunica su hijo(a)? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|---|
| ☐ Habla y se le entiende fácilmente | ☐ Usa dibujos o una pizarra para comunicarse |
| ☐ Habla, pero es difícil entenderle | ☐ Usa gestos como señalar, halar o parpadear |
| ☐ Usa lenguaje de señas | ☐ Usa sonidos que no son palabras, como llanto o gruñidos. |

¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| ☐ Terapia de habla/lenguaje | ☐ Servicios de educación especial en la escuela |
| ☐ Terapia ocupacional (OT) | ☐ Terapia o servicios de conducta |
| ☐ Terapia física (PT) | ☐ Consejería para problemas emocionales |
| ☐ Medicación diaria (no incluye vitaminas) | ☐ Ninguna |

¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|---|
| ☐ Discapacidad o impedimento físico | ☐ Retraso del desarrollo (solo si es menor de 5 años) |
| ☐ Condición médica o enfermedad | ☐ Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar) |
| ☐ Discapacidad auditiva o sordera | ☐ Problemas de atención o hiperactividad (ADHD/ADD) |
| ☐ Discapacidad visual o ceguera | ☐ Problemas de depresión o ansiedad |
| ☐ Condición del habla o del lenguaje | ☐ Problemas de agresividad o de temperamento |
| ☐ Desorden del espectro autista | ☐ Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años) |
| | ☐ Ninguna de las anteriores |

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, omita las siguientes dos preguntas y firme la forma al final. Si marcó cualquier otra respuesta, por favor conteste las preguntas restantes y firme la forma.

¿Algunas de las condiciones marcadas arriba hacen que sea más difícil para su hijo(a) hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? ☐ Sí ☐ No

Para respaldar la participación exitosa de su hijo(a) en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional? ☐ No necesita ayuda específica

- ☐ Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas
- ☐ Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras gruesas
- ☐ Controlar los sentimientos y la conducta
- ☐ Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- ☐ Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
- ☐ Usar dispositivo(s) de asistencia como una silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- ☐ Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa

Por favor díganos cualquier otra cosa que crea es importante que sepamos sobre su hijo(a). Díganos cualquier otra cosa que considere importante que sepamos sobre su hijo y, con la información adicional necesaria, podemos proporcionarle una evaluación individual y / o una entrevista de su hijo para servir mejor a su familia y brindarle el apoyo adecuado que es necesario

Si está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust, por favor llame al 211

Autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona financiación para este programa.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN _____ FECHA _____
FOR STAFF USE ONLY (MUST BE COMPLETED)

ORGANIZATION _____
SITE _____

POPULATION MEMBERSHIP (check all that apply): ☐ Dep Syst ☐ Delin Syst

Formulario de Información de Salud

Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de último examen físico: _____

Su niño tiene algunas ALERGIAS? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, indique)

Enfermedades:

¿Su hijo tiene alguna de estas enfermedades?
Indique con un círculo.

¿Su hijo ha tenido alguna de estas enfermedades?

Estreñimiento	Convulsiones	Asma	Bronquiitis
Diarrea	Desmayos crónicos	Varicela	Diabetes
Catarro Frecuente	Infección de oído frecuente	Problemas de Corazón	Hepatitis
Piojos	Dolor de garganta frecuente	Sarampión	Tuberculosis
Problema Urinario	Dolor de estómago frecuente	Paperas	Polio
		Erupciones de piel	La tos Ferina

¿Está su hijo tomando algún medicamento? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, explique)

Otras ENFERMEDADES (además de las anteriores) _____

¿Su hijo ha estado hospitalizado? (explique) _____

¿Su hijo ha tenido lesiones con fracturas o pérdida de la conciencia? (Explicar)

¿Algun otro miembro de su familia ha sufrido una ENFERMEDAD GRÁVE recientemente?

¿Algun miembro de su familia tiene historia medica de: ASMA ____ DIABETES ____ EPILEPSIA ____

Indique la acción que desee en el caso de un accidente o emergencia:

En caso de accidente o emergencia, cuando un padre / guardian no está disponible, yo autorizo a un representante de KIDZXL a tomar las medidas que él/ ella considere necesarias para que mi hijo/hija reciba atención médica, incluyendo la transportación necesaria. En esas circunstancias, yo autorizo el médico nombrado a continuación que lleve a cabo el cuidado y tratamiento de mi hijo como él /ella considere necesario. En el caso de que dicho médico no esté disponible en cualquier momento, yo autorizo la atención y tratamiento necesario a ser realizado por un médico o cirujano licenciado. EL FIRMANTE, PADRE/GUARDIAN ENTIENDE QUE ES RESPONSABLE DE PAGAR TODOS LOS GASTOS MEDICOS INCURRIDOS COMO RESULTADO DE LO ANTERIOR.

Nombre del Médico: _____ Número de Teléfono: _____

Hospital Preferido: _____

Nombre de Seguro Médico: _____ Nombre del Asegurado: _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Número de Contacto del Seguro: _____

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Acuerdo de autorización y liberación de responsabilidad

Por la presente doy acuerdo de liberar, exonerar para siempre y mantener indemne KidzXL, KidzXL Sports Camp (Campamento Deportivo), y el programa después de escuela, sus directores, empleados y voluntarios, de cualquier y toda responsabilidad u obligación, reclamos o demandas, por lesiones personales, enfermedad o muerte, así como daños a la propiedad y los gastos de cualquier naturaleza que se puedan incurrir por el suscrito y el niño antes mencionado, que se producen durante las actividades. Por otra parte, yo asumo todo el riesgo de lesiones personales, enfermedad, daños, muerte y gastos como resultado de la participación en estas actividades. El abajo firmante se compromete a mantener indemne e indemnizar a la mencionada KIDZXL, el Campamento de Verano KidzXL Sports, y el programa después de escuela, sus directores, empleados y voluntarios, de cualquier responsabilidad sostenida por dicha(s) organización(es) como resultado de la negligencia, actos deliberados o intencionales de los niños nombrado a continuación, incluyendo los gastos incurridos.

Yo, _____, padre o guardian legal de _____ *

(Nombre del padre/guardian) (Nombre del niño)

En este documento autorizo el patrocinador adulto de KidzXL, KidzXL Summer Camp (Campamento de Verano), y el programa después de escuela a dar acuerdo a un rayos X, examen, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico o el tratamiento basado en consejo de un médico o cirujano con licencia en este estado del tratamiento, cuando la necesidad de dicho tratamiento es inmediato y cuando los esfuerzos para ponerse en contacto conmigo no tienen éxito.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____

KIDZXL SPORTS: Políticas y Acuerdos

Por Favor, firme iniciales en cada declaración de política:

POLÍTICA SOBRE RECOGER SUS NIÑOS TARDE

_____ A usted se le cobrará un recargo por recoger su hijo/hija más tarde de las 6pm. Apartir de las 6pm, se instituirá un recargo adicional. **SI POR ALGUNA RAZON USTED VAA ESTAR TARDE, NECESITA LLAMAR A KidzXL al (786)257-6282.**

_____ POR FAVOR TEN EN CUENTA QUE KIDZXL SPORTS NOTIFICARÁ EL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS SI SUS HIJOS NO SON RECOGIDOS PARA LAS 8:00 PM.

Política Escrita sobre los Problemas Recurrentes de Comportamiento

Política Escrita sobre los Accidentes/ Lesiones

1. Un reporte del incidente sera escrito por todo(a): 1) problema de conducta persistente; 2) accidente o lesion de su niño 3) preocupación de padre. Al momento de recoger su niño, el padre/guardian presente al momento debe firmar el informe/reporte del incidente, significando que han leído y entendido el contenido del documento.
2. Despues del tercer incidente, los padres/guardianes del niño tendran una reunión con personal de KIDZXL SPORTS para discutir un plan de acción.
3. Estudiantes pueden ser suspendidos o expulsados del programa por problemas recurrentes de comportamiento que han sido documentados pero persisten sin resolver.

Firma del Padre / Guardian: _____ Fecha: _____

Consentimiento Voluntario para la Fotografía en KidzXL: Doy mi consentimiento, permitiendo que tome fotografías y/o videos de mí o a mi hijo durante las actividades del programa. Las fotos pueden revelar la identidad de mí o mi hijo si sé qué tipo de compensación pagada a mí, mi hijo, o a los demás. Todas las fotos y videos será propiedad exclusiva de KIDZXL SPORTS y puede ser utilizado para propósitos educativos y/o con propósitos promocionales.

Por favor, marque **CON UN CÍRCULO:** **SÍ** **NO**

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIAS

Nombre del Menor: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre del Guardian: _____

Dirección: _____ Apt.# _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información del Padre

Teléfono del trabajo : (____) ____ - ____ Teléfono Celular: (____) ____ - ____

Información de la Madre

Teléfono del trabajo : (____) ____ - ____ Teléfono Celular: (____) ____ - ____

¿Ambos padres podrán recoger a su hijo? _____

Yo / Nosotros certificamos que tengo/tenemos responsabilidad legal de este niño.

Firma del Padre/ Guardian: _____

Contactos Adicionales en caso de Emergencias:

Solamente se le permitirá recoger a su hijo por los padres o guardianes legales y a las personas que usted indique a continuación. Asegúrese de incluir a los padres sin custodia si se les permite recoger a su niño. **Ten en cuenta que en caso de no podernos comunicar con los padres o guardian legal, estas personas están autorizadas de servir como nuestro contacto en caso de enfermedad, accidente, emergencia, o problemas de comportamiento.**

Nombre	Dirección	# Trabajo	# Casa
--------	-----------	-----------	--------

Nombre	Dirección	# Trabajo	# Casa
--------	-----------	-----------	--------

Nombre	Dirección	# Trabajo	# Casa
--------	-----------	-----------	--------

FORMULARIO DE CAMPO actuación del relé

Por y en consideración de que se les permita participar en el programa de viajes de campo este año (2025-2026), que, en pleno reconocimiento y apreciación de los peligros y riesgos asociados a estas actividades, por la presente se compromete a asumir todos los riesgos y responsabilidades que rodea mi la participación de los niños en este evento y por este acto liberar de responsabilidad la Viña del señor Inc., DBA KidzXL (KidzXL), sus administradores, consejeros, directivos y empleados, y los participantes de y contra cualquier y toda responsabilidad al abajo firmante , su / sus dependientes, cesionarios, representantes personales, herederos y parientes, por cualquier y todos los daños, gastos (incluyendo honorarios de abogados) reclamos, juicios, acciones o causas de acción como resultado de cualquier pérdida o daño a la persona inscrita en KidzXL durante o como resultado de actividades del evento descrito anteriormente y durante el transporte hacia y desde dicho evento.

Entiendo que KidzXL no, de ninguna manera, servir como director, agente o socio de cualquier agencia de viajes o compañía de transporte comercial que puede proporcionar servicios a los participantes. He leído y entendido esta versión y voluntariamente firmar este documento y permitir que mi hijo participe en esta serie de viajes. He leído y entendido esta versión y me da voluntariamente mi hijo / hija participe en este evento.

Fecha ____ / ____ 202_ Firma De Padre _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y ADMISIÓN En el caso de lesiones a los suscritos, nacido el ____ / ____ / ____, Seguridad Social # ____ (últimos 4 dígitos), Por la presente autorizo KidzXL o representantes de los mismos que admitir que mi hijo a una instalación para el tratamiento médico de emergencia que se estimen necesarias para mi salud o el bienestar.

Por este medio mi consentimiento para cualquier tratamiento médico que se considere necesario. Yo, en mi nombre y en nombre de mis herederos, sucesores, cesionarios y representantes personales, lo libero KidzXL, sus administradores, miembros de la junta, y los empleados de cualquier y todas las reclamaciones derivadas de mi ingreso recibido por la instalación o desde dicho tratamiento administrado por una de esas instalaciones. Personas a contactar en caso de emergencia como se enumeran a continuación.

FECHA ____ / ____ / 202_

NOMBRE DEL PADRE _____

En el caso de una emergencia, por favor, póngase en contacto con:

NOMBRE: _____

TELEFONO: _____

DIRECCION: _____

La Viña del Señor Inc., dba KidzXL

Política de confidencialidad del cliente

KidzXL ha establecido esta política para guiar sus procesos de mantenimiento de registros de clientes y, al hacerlo, proteger la información de sus clientes, así como la integridad de KidzXL como una agencia de confianza. El propósito de esta política es asegurar que KidzXL siga todas las normas y leyes con respecto a la custodia de la información confidencial del cliente.

La lista siguiente da ejemplos de la información confidencial de un cliente:

- ☐ Licencia de conducir
- ☐ Información Médica
- ☐ Tarjeta / Número de Seguro Social

Pasaporte

- ☐ Acta de Nacimiento

La lista de arriba no es exhaustiva.

Se han establecido los siguientes principios operativos para mantener la información confidencial del cliente:

- ☐ Toda la información confidencial de un cliente será archivada en un archivador que se mantiene cerrado con llave, a menos que sea abierto por la gente permitida. Si se abren, los archivadores deben cerrarse al finalizar el uso.
- ☐ Las únicas personas autorizadas para tener acceso al archivo son el director ejecutivo, el director del programa y el director administrativo.
- ☐ Si los documentos confidenciales se escanean y se envían al ordenador, éstos deben eliminarse después de la impresión. No debe haber ningún documento confidencial guardado en el equipo. Toda la documentación confidencial del cliente debe mantenerse en formato impreso, archivada y bloqueada.
- ☐ Puede haber peticiones legítimas de datos de los agentes del orden público. Sin embargo, la información confidencial no debe ser entregada sin una orden judicial válida o sin la aprobación del Director Ejecutivo y / o de la Junta Directiva.
- ☐ El uso inapropiado de privilegios para acceder y usar datos administrativos puede resultar en acciones disciplinarias, pérdida de acceso al sistema y posibles sanciones hasta el despido.

Por favor firme y llene la fecha debajo indicando que ha leído y entiende la política anterior con la intención de proteger la información confidencial de su hijo/a.

Firma de Padre; _____

Fecha: _____