



## ***Kidz XL Formulario de Inscripción Programa Después de Escuela 2022 - 2023***

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 - \$40.00 por semana
- Para hermanos adicionales, descuento de \$10 sobre el precio original
- Becas limitadas – Hable con los Directores
- PAQUETE DE INSCRIPCIÓN COMPLETADO
  - Acuerdo financiero
  - Información para registración
  - Formulario de Información de Salud
  - Contactos Medicos
  - 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

Kidz XL  
3801 SW 97<sup>th</sup> Ave  
Miami, FL 33165  
Telefono Oficina: 305.221.1404  
Telefono del Director: Zach Trudeau 786.257.6282  
Telefono del Director Ejecutivo: Abner Reyes 786.449.9875



## **Aceptamos los niños de todas habilidades.**

### **Programa para Después de Escuela Kidz XL 2022/2023**

## **Empezando el 17 de agosto, 2022, 2:00 pm a 6:00 pm \$40 por semana**

Kidz XL estará en sesión cuando las escuelas de Miami-Dade están en sesión. Kidz XL 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:** \_\_\_\_\_

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

1. Kidz XL 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 Kidz XL, 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 Kidz XL dejará ese estudiante en la oficina de OHES. Los padres serán notificados y el estudiante puede ser suspendido de Kidz XL por un día escolar.
7. En Kidz XL 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 Kidz XL 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 Kidz XL (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)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Habla y se le entiende fácilmente | <input type="checkbox"/> Usa dibujos o una pizarra para comunicarse              |
| <input type="checkbox"/> Habla, pero es difícil entenderle | <input type="checkbox"/> Usa gestos como señalar, halar o parpadear              |
| <input type="checkbox"/> Usa lenguaje de señas             | <input type="checkbox"/> 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
- Terapia ocupacional (OT)
- Terapia física (PT)
- Medicación diaria (no incluye vitaminas)
- Servicios de educación especial en la escuela
- Terapia o servicios de conducta
- Consejería para problemas emocionales
- Ninguna

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

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

- Sustener 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	Bronquitis
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)

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

¿Algún 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 KIDZ XL 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 Kidz XL, Kidz XL 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 KIDZ XL, el Campamento de Verano Kidz XL 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 Kidz XL, Kidz XL 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 \_\_\_\_\_

### **KIDZ XL 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 6:30 pm. Apartir de las 6:30, se instituirá un recargo de \$5.00 por cada media hora adicional y despues \$1 sera añadido por cada minuto adicional. Tenga en cuenta que los recargos seran colleccionado al momento que ocurre la tardancia. Si no eres capaz de pagar la cantidad en ese momento, es necesario hacer arreglos en la oficina para cumplir con el pago. SI POR ALGUNA RAZON USTED VA A ESTAR TARDE, NECESITA LLAMAR A KIDZ XL AL 786/257/6282

\_\_\_\_\_ POR FAVOR TEN EN CUENTA QUE KIDZ XL 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 KIDZ XL SPORTS para discutir un plan de acción.
3. Si ocurre un cuarto incidente sobre el mismo comportamiento, una segunda reunión sera citada en la cual el director del programa KIDZ XL SPORTS estara presente.
4. 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 Kidz XL:** 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 el tipo de competencia pagada a mí, mi hijo, o a los demás. Todas las fotos y videos será propiedad exclusiva de **KIDZ XL SPORTS** y puede ser utilizado para propósitos educativos y/o otros 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: \_\_\_\_\_

### **Informacion del Padre**

Teléfono del trabajo : ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono Celular: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### **Informacion 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 (2022-2023), 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 Kidz XL (Kidz XL), 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 Kidz XL durante o como resultado de actividades del evento descrito anteriormente y durante el transporte hacia y desde dicho evento.

Entiendo que Kidz XL 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 Kidz XL 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 Kidz XL, 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 Kidz XL

### Política de confidencialidad del cliente

Kidz XL 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 Kidz XL como una agencia de confianza. El propósito de esta política es asegurar que Kidz XL 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 date abajo 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: \_\_\_\_\_