

**JEFFERSON PARISH PUBLIC SCHOOLS  
COMMUNITY PROGRAMS SUMMER CAMP 2018  
REGISTRATION AND HEALTH INFORMATION**

<b>SITE:</b> _____ _____	AMOUNT PAID: _____
	DATE PAID: _____
	REG. Ck # _____

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
 Home Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: **LA** Zip: \_\_\_\_\_  
 Mother/Guardian \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Home \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_  
 Father/Guardian \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Home \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_

**COMMUNITY PROGRAMS SUMMER CAMP STAFF MAY CALL THE FOLLOWING IF I CAN NOT BE REACHED:**

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Doctor \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Hospital \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

**\*PLEASE NOTE THAT YOUR CHILD WILL NOT BE RELEASED TO ANYONE OTHER THAN THOSE LISTED ABOVE.\***

**EMERGENCY PARENTAL PERMISSION:** In case of injury or serious illness, I request the school to contact me. If the school is unable to reach me, I hereby authorize the school to call the doctor indicated above and to follow his/her instructions. If it is impossible to contact this doctor, the school may make whatever arrangements are necessary. \_\_\_\_\_ Please initial \_\_\_\_\_

**HEALTH INFORMATION:** Please circle yes or no if any of the following pertains to your child.

**MY CHILD HAS/IS:**

Allergies	yes *	no	* If yes please list: _____		
Blind/Partial Sight	yes	no	<b>REQUIRES MEDICATION:</b>	yes *	no
Confined to wheel chair	yes	no	Asthma	yes	no
Diabetes	yes*	no	Cerebral Palsy	yes	no
Epilepsy	yes	no	Deaf /Hard of Hearing	yes	no
Muscular Dystrophy	yes	no	Severe speech problems	yes	no
Special Education Classification: _____			Other medical problems: _____		

\* If the camper has an IEP - a copy of the transportation page must be submitted before camper will be allowed on field trips.

**CAMP FEES:** NO CASH ACCEPTED/NO REFUNDS/NO CREDITS My child will attend: (Circle one)

<b>REGISTRATION:</b> \$ 50.00	<b>DROP IN FEES:</b> Drop in fee plus the cost of field trip required on field trip days	CAMP CAMP & AM CAMP & PM CAMP & BOTH
<b>WEEKLY FEES:</b>		
CAMP \$ 60.00 8 AM - 3 PM	CAMP \$ 15.00	<b>My child will attend the following weeks:</b> All, Wk 1, Wk 2, Wk 3, Wk 4, Wk 5, Wk 6, Wk 7, Wk 8
CAMP & AM \$ 80.00 7 AM - 3 PM	CAMP & AM \$ 20.00	
CAMP & PM \$ 87.00 8 AM - 6 PM	CAMP & PM \$ 22.00	
CAMP & BOTH \$ 92.00 7 AM - 6 PM	CAMP & BOTH \$ 26.00	

**CAMP REGULATIONS:** PLEASE READ THE FOLLOWING & THE COMMUNITY PROGRAMS SUMMER CAMP PARENT HANDBOOK

- Your child will be released only to persons listed on this registration form.
- All tuition is due on **Monday** or the first school day of the week. A penalty fee of \$5.00 per day/per family will be charged for all late payments including drop-in fees. If payment is not received by Friday, the student(s) may not attend until payment is made.
- PAYLIANCE** handles any **NSF checks received**. Name, address, child's name and phone number must be on all checks.
- A late fee is collected for children picked up after 6 p.m. closing. (\$1.00 for each additional minute) **FEES ARE PER FAMILY**. After 3 occurrences, your child may be dismissed from the Summer Camp Program.
- Discipline problems may result in dismissal from the Summer Camp Program.
- A charge of \$15.00 is required for additional copies of receipts.

**ACTIVITIES:** My child can not participate in the following activities (Please initial all that apply)

Weekly Field Trip \_\_\_\_\_ Exercising \_\_\_\_\_ Storytelling \_\_\_\_\_ Group Games \_\_\_\_\_ Arts & Crafts \_\_\_\_\_ Drug Free Program \_\_\_\_\_  
 Sports \_\_\_\_\_ Singing \_\_\_\_\_ Dancing \_\_\_\_\_ Talent Show \_\_\_\_\_ Swimming/Camp Water Activities \_\_\_\_\_ News Photos \_\_\_\_\_

**I HAVE READ THE ABOVE LISTED CHILD CARE REGULATIONS AND UNDERSTAND MY RESPONSIBILITY TO THE PROGRAM.**

Parents/Guardians Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Revised 1/2016

**ESCUELAS PUBLICAS DE LA PARROQUIA DE JEFFERSON**  
**PROGRAMAS COMUNITARIOS**  
**CAMPAMENTO DE VERANO**  
**INFORMACION SOBRE REGISTRACION Y SALUD**

Sitio: _____	CANTIDAD	_____
	PAGADA:	_____
	FECHA DEL PAGO:	_____
	Reg. # de cheque	_____

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: **LA** Código Postal: \_\_\_\_\_

Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
 Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

**EL CUIDADO INFANTIL PUEDE LLAMARA A LA(S) SIGUIENTES PERSONAS EN CASO DE QUE NO PUEDAN CONTACTARME:**

Nombre _____	Relación _____	Numero de Teléfono _____
Nombre _____	Relación _____	Numero de Teléfono _____
Nombre _____	Relación _____	Numero de Teléfono _____
Doctor _____	Teléfono _____	
Hospital _____	Numero de Teléfono _____	

**\*Por favor tenga en cuenta que su hijo/a no será entregado a ninguna persona que no aparezca en la lista arriba indicada.\***

PERMISO DE EMERGENCIA DE LOS PADRES: En caso de una lesión o enfermedad, solicito a la escuela ser contactado. Si la escuela no puede contactarme, autorizo a la escuela a llamar al medico arriba indicado y seguir sus instrucciones. Si no es posible contactar al medico, la escuela podrá hacer cualquier arreglo que sea necesario. \_\_\_\_ Por favor ponga sus iniciales.

**INFORMACION DE SALUD: Por favor encierre si o no si alguna de las siguientes que se aplica a su hijo/a.**

**SU HIJO/A TIENE/ES:**

Alergias	si *	no	* Si su respuesta es si, por favor detallar: _____
Ceguera/ Visión Parcial	si	no	<b>REQUIERE MEDICAMENTOS:</b> si * no
Usa silla de ruedas	si	no	Asma si no
Diabetes	si*	no	Parálisis Cerebral si no
Epilepsia	si	no	Sordo/ Dificultades para E: si no
Distrofia Muscular	si	no	Problemas de lenguaje severo si no

\* Si el/la estudiante necesita tomar medicamentos durante el Cuidado Infantil, unas formas deberán de ser completadas y revisadas por la enfermera antes de que comience el Campamento de Verano. Ver al Director/a para las formas.

Clasificación de Educación Especial: \_\_\_\_\_ Otros problemas médicos: \_\_\_\_\_

**COSTOS CAMPAMENTO: SIN ACEPTA DINERO EN EFECTIVO / SIN REEMBOLSOS / SIN CREDITOS** Mi hijo/a asistirá a: (Encierre Uno)

<b>REGISTRACION:</b>	\$ 50.00	<b>COSTOS POR SERVICIOS:</b> Costos por servicios mas el costo de paseos requerido en los días de paseos	<b>CAMPAMENTO</b>
<b>COSTOS SEMANALES:</b>	PARTICIPACION COSTO & HORA		<b>CAMPAMENTO &amp; AM</b>
CAMPAMENTO	\$ 60.00 8 AM - 3 PM	CAMP	\$ 15.00
CAMPAMENTO & AM	\$ 80.00 7 AM - 3 PM	CAMP & AM	\$ 20.00
CAMPAMENTO & PM	\$ 87.00 8 AM - 6 PM	CAMP & PM	\$ 22.00
CAMPAMENTO & AM Y PM	\$ 92.00 7 AM - 6 PM	CAMP & AM Y PM	\$ 26.00

**Mi hijo/a asistirá las semana siguientes:** Todas, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

**REGULACIONES DEL CUIDADO INFANTIL: LEA LO SIGUIENTE Y EL FOLLETO PARA PADRES DE "CUIDADO INFANTIL"**

1. Su hijo/a será entregado solamente a las personas que aparecen en la lista del formulario de registración. **DE EDUCACION COMUNITARIA**
2. Las matriculas deben de pagarse el **Lunes** o el primer día de escuela de la semana. Un recargo de \$5.00 por día/ por familia se hará a todo pago hecho tarde mas el costo por servicio. Si el pago no se recibe antes del Viernes, el/la estudiante no podrá asistir hasta hacer el pago.
3. **PAYLIANCE** manejara los **CHEQUE** NSF recibidos. Nombre, dirección, nombre del niño/a y # de teléfono deberá de aparecer en cada cheque.
4. Un cargo por demora se hará por niño/a que se recoja después de las 6:00 p.m. (\$1.00 por minuto adicional)**TARIFAS POR FAMILIA.**  
Después de 3 referencias, su hijo/a será removido/a del Programa Cuidado Infantil.
5. Problemas disciplinarios podrían dar como resultado una destitución del Programa Campamento de Verano.
6. Un cargo adicional de \$15 será necesario para copias de recibos.

**ACTIVIDADES:** Mi hijo/a no podrá participar en las siguientes actividades. (Por favor, ponga sus iniciales en todas las que aplica)

Paseo Semanal \_\_\_\_ Ejercicio \_\_\_\_ Narración de Cuento \_\_\_\_ Juego de Grupo \_\_\_\_ Arte/ Manualidades \_\_\_\_ Programa Libre de Droga \_\_\_\_  
 Deporte \_\_\_\_ Canto \_\_\_\_ Baile \_\_\_\_ Shows de Talento \_\_\_\_ Natación/Campamento Actividades Acuáticas \_\_\_\_ Fotos de Periódico \_\_\_\_

**HE LEIDO LA LISTA DE REGULACIONES SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y COMPRENDO MIS RESPONSABILIDADES CON EL PROGRAMA.**

Firma del Padre/ Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_