



Paquete de Inscripción

Anderson Child & Developmental Center, LLC

Dirección: 1010 Whitehall Road Anderson, SC 29625

(864) 226-2037

Correo electrónico: andersonchilddevelopmental@yahoo.com

Directora: April Brown - director@acadcenter.com

Enfermera: Peggy Dermer - nurse@acadcenter.com

Directora Asistente: Alanna Redmond

Licencia n.º 26477

Días de operación: lunes a viernes

Horario de operación: 6:30 a.m. – 6:00 p.m.

Bienvenidos

Gracias por elegir Anderson Child & Developmental Center, LLC para el cuidado y la educación temprana de su hijo/a. Nuestra meta es ofrecer un ambiente de aprendizaje seguro, afectuoso, inclusivo y apropiado para el desarrollo de niños de todas las capacidades.

Por favor complete todas las secciones de este paquete de inscripción y entregue los documentos requeridos antes del primer día de asistencia de su hijo/a.

Documentos de inscripción requeridos

Por favor proporcione lo siguiente:

- Copia del acta de nacimiento del niño/a* (solo para 4K)
- Registro de vacunación actual de Carolina del Sur
- Declaración de salud del DSS (si corresponde)
- Información de contacto de emergencia
- Planes de acción médica/alergias (si corresponde)
- Documentación de custodia (si corresponde)
- Documentación de necesidades especiales/IEP/IFSP (si corresponde)
- Identificación con foto del padre/madre/tutor

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Nombre completo del niño/a: _____

Nombre preferido/Apodo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Dirección del hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Idioma principal que se habla en casa: _____

Fecha de inscripción solicitada: _____

Horario necesario:

- ☐ Tiempo completo
- ☐ Medio tiempo
- ☐ Antes de la escuela
- ☐ Después de la escuela
- ☐ Programa de verano

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Padre/Madre/Tutor n.º 1

Nombre: _____

Parentesco con el niño/a: _____

Dirección del hogar (si es diferente): _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: ☐ Llamada ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

Padre/Madre/Tutor n.º 2

Nombre: _____

Parentesco con el niño/a: _____

Dirección del hogar (si es diferente): _____

Empleador: _____

Ocupación: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: ☐ Llamada ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia n.º 1

Nombre: _____

Parentesco con el niño/a: _____

Número de teléfono: _____

¿Autorizado/a para recoger al niño/a? ☐ Sí ☐ No

Contacto de emergencia n.º 2

Nombre: _____

Parentesco con el niño/a: _____

Número de teléfono: _____

¿Autorizado/a para recoger al niño/a? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DE SALUD DEL NIÑO/A

Médico del niño/a: _____

Teléfono del médico: _____

Dentista: _____

Teléfono del dentista: _____

Proveedor de seguro médico: _____

Número de póliza: _____

¿Su hijo/a tiene alguna alergia? ☐ No ☐ Sí

Si respondió sí, explique: _____

¿Su hijo/a necesita medicamentos mientras está en el centro? ☐ No ☐ Sí

Si respondió sí, explique: _____

¿Su hijo/a tiene alguna condición médica, retraso en el desarrollo o necesidad especial que debamos conocer? ☐ No ☐ Sí

Si respondió sí, explique: _____

¿Su hijo/a tiene un IFSP, IEP, servicios de terapia o adaptaciones? ☐ No ☐ Sí

Si respondió sí, explique: _____

INFORMACIÓN EMOCIONAL Y DE COMPORTAMIENTO

¿Su hijo/a ha asistido anteriormente a una guardería o preescolar?

☐ No ☐ Sí Si respondió sí, ¿dónde? _____

Describe la personalidad e intereses de su hijo/a: _____

¿Qué consuela a su hijo/a cuando está molesto/a? _____

¿Hay algún miedo, rutina o inquietud de comportamiento que debamos conocer?

NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

¿Su hijo/a tiene restricciones alimentarias? ☐ No ☐ Sí

Si respondió sí, explique: _____

¿Su hijo/a puede comer lo siguiente? ☐ Lácteos ☐ Productos de maní ☐ Huevos ☐ Trigo/Gluten

PERMISO DE TRANSPORTE

Doy permiso para que mi hijo/a participe en actividades de transporte aprobadas. ☐ Sí ☐ No

Iniciales del padre/madre/tutor: _____

PERMISO PARA EXCURSIONES

Doy permiso para que mi hijo/a participe en excursiones supervisadas y actividades del centro.

☐ Sí ☐ No Iniciales del padre/madre/tutor: _____

AUTORIZACIÓN DE FOTOS/MEDIOS

Autorizo a Anderson Child & Developmental Center, LLC a usar fotografías o videos de mi hijo/a para:

- ☐ Proyectos del salón de clases
- ☐ Aplicaciones de comunicación con los padres
- ☐ Redes sociales
- ☐ Sitio web
- ☐ Materiales de mercadeo
- ☐ No doy permiso

Iniciales del padre/madre/tutor: _____

ACUERDO DE PAGO

Cuota de inscripción: \$ _____ Tarifa semanal de matrícula: \$ _____ Los pagos vencen los lunes.

Métodos de pago aceptados:

☐ Efectivo ☐ Vale del DSS ☐ Pago en línea ☐ Cheque

Cargo por recogida tardía: \$7.00. Entiendo que la matrícula debe pagarse independientemente de la asistencia.

Iniciales del padre/madre/tutor: _____

RECONOCIMIENTO DEL MANUAL PARA PADRES

Reconozco que he recibido y revisado el Manual para Padres de Anderson Child & Developmental Center, LLC y que entiendo las políticas y los procedimientos.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DEL DSS Y DE LICENCIAMIENTO

Entiendo que Anderson Child & Developmental Center, LLC opera en cumplimiento con las regulaciones de licenciamiento de cuidado infantil del Departamento de Servicios Sociales (DSS) de Carolina del Sur.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Libero a Anderson Child & Developmental Center, LLC, a sus empleados y representantes de toda responsabilidad, excepto en casos de negligencia.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE INSCRIPCIÓN

Certifico que toda la información proporcionada en este paquete de inscripción es precisa y completa.

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del representante del centro: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha en que se recibió la solicitud: _____

Inscripción aprobada por: _____

Salón asignado: _____

Fecha de inicio: _____

Tarifa de matrícula confirmada: _____

Documentos recibidos:

☐ Acta de nacimiento ☐ Declaración de salud ☐ Contactos de emergencia

☐ Documentación de necesidades especiales ☐ Registro de vacunación

☐ Documentación de custodia ☐ Manual para padres firmado

Notas: _____

LISTA DE PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO/A

Las siguientes personas están autorizadas para recoger a mi hijo/a de Anderson Child & Developmental Center, LLC.

Nombre	Parentesco	Teléfono/Texto
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		

Se requerirá identificación con foto antes de entregar a un niño/a.