# Kidz XL Formulario de Inscripción
# Campamento de Verano 2019

Nombre del menor:_____ Grado: _____

Nombre del padre: _____

**Seleccione una talla de camiseta – infantil o adulto:**

| Tallas Infantiles: | Tallas de Adulto: |
|---|---|
| S / M / L | S / M / L / XL |
| Circule un tamaño, o | Circule un tamaño. |

## LISTA DE DOCUMENTOS NECESARIOS PARA APLICAR:

❒ Precio de Registro ***obligatorio*** - $50.00 por familia

❒ Precio de matrícula - Kg-8th $75/semanal;
Escuela Secundaria Grado 9-12 - $50/semanal

❒ Para hermanos adicionales, descuento de $ 20 sobre el precio original.

## PAQUETE DE INSCRIPCIÓN COMPLETADO

- ☐ Acuerdo financiero; Permiso para formulario de contacto
- ☐ Información de registro; Acuerdo de Confidencialidad del Cliente
- ☐ Viaje de campo; Acuerdo de transporte
- ☐ Formulario de información de salud; Contacto en caso de Emergencia
- ☐ Permiso de fotografía
- ☐ Políticas y acuerdos
- ☐ Certificado de nacimiento del niño; Imagen de los padres I.D

| *Programa para DESPUÉS de la escuela:* | *CAMPAMENTO DE VERANO:* |
|---|---|
| **Kidz XL** – Campamento: **Olympia Heights Methodist Church – Oficina Principal**<br>2nd Piso, 3801 SW 97th Ave., Miami, FL 33165<br>Teléfono de la oficina: 305.221.1404 Director del Programa: 786.257.6282<br>Director Ejecutivo: 305.606.8316<br>Correo electrónico: zmtrudeau@hotmail.com | **Kidz XL**<br>Dirección: **Gateway Baptist Church**<br>6500 S.W. 97th Avenue, Miami, FL 33173<br>Director del programa: 786.257.6282<br>Director Ejecutivo: 305.606.8316<br>Correo electrónico: zmtrudeau@hotmail.com |

**Aceptamos los niños de todas habilidades.**

**junio 10 – agosto 9, 2019 • 7:30am hasta 6:00pm • $75 por semana**

Campamento de verano incluye almuerzo, merienda, deportes, juegos diarios con torneos, entrenadores y voluntarios positivos, grupos de lectura, charlas de carácter, enseñanzas de la Biblia, temas especiales de los viernes, excursiones y noches especiales de la familia.

| |
|---|
| **Semana 1**<br>**junio 10– 14** |
| **Semana 2**<br>**junio 18 – 21** |
| **Semana 3**<br>**junio 24 – junio 28** |
| **Semana 4**<br>**julio 1 – Julio 5***<br>* El martes, 4 de julio, estaremos cerrados por la celebración del Día de la Independencia. |
| **Semana 5**<br>**julio 8 – 12** |
| **Semana 6**<br>**julio 15 - 19** |
| **Semana 7**<br>**julio 22 – 26** |
| **Semana 8**<br>**julio 29 – agosto 2** |

| *Programa para después de la escuela:* | *CAMPAMENTO DE VERANO:* |
|---|---|
| Kidz XL – Campamento: Olympia Heights Methodist Church – Oficina Principal<br>2nd Piso, 3801 SW 97th Ave., Miami, FL 33165<br>Teléfono de la oficina: 305.221.1404 Director del Programa: 786.257.6282<br>Director Ejecutivo: 305.606.8316<br>Correo electrónico: zmtrudeau@hotmail.com | Kidz XL<br>Dirección: Gateway Baptist Church<br>6500 S.W. 97th Avenue, Miami, FL 33173<br>Director del Programa: 786.257.6282<br>Director Ejecutivo: 305.606.8316<br>Correo electrónico: zmtrudeau@hotmail.com |

☐ **Marque aquí para pedir una cita si requiere una ENTREVISTA PARA SOLICITAR UNA BECA.**

**Kidz XL Campamento De Verano 2019 Fecha de Inscripción y Página de Reglas**

**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.
2. Los estudiantes leerán en grupo por 60 minutos todos los días durante nuestro programa.
3. Los estudiantes serán requeridos a participar en actividades deportiva afuera.
4. Los estudiantes serán colocados en grupos de acuerdo a su edad, con un instructor. También se les enseñara acerca de la Biblia por lo menos una vez al día.
5. Los estudiantes NO se les permitirá usar sus iPods y/o Nintendo DS/PSP durante las horas de 9:00am - 5:00pm.
6. Kidz XL entiende la importancia de los teléfonos móviles, pero los teléfonos celulares no deben estar fuera durante 9am - 5pm, a menos que se utilize en la oficina y/o un estudiante ha recibido el permiso de un miembro del personal.
7. Los zapatos tenis deben ser usados todos los días.
8. Kidz XL es un programa “Sin malas palabras y Sin luchas.” Si un estudiante rompe sistemáticamente esta póliza, el estudiante puede ser suspendido del programa.
9. Los padres deben notificar al director de Kidz XL una semana de anticipación si están retirando a su(s) hijo(s) de nuestro programa.
10. Los estudiantes no deben salir de las instalaciones de Kidz XL por cualquier razón, a menos de sesión por un padre o guardián. Esta infracción podría resultar en la suspensión o expulsión de un estudiante.

**Si algún estudiante consistentemente rompe alguna de estas reglas, el estudiante puede ser suspendido del programa permanentemente.**

Firma del Padre/Guardián: _____ 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 ☐ Prefiere no dar el SS

**Número del ID de MDCPS** ☐☐☐☐☐☐☐ ☐ Sin ID de MDCPS MDCPS

**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, Estado** _____**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
☐ Multirracial

**Grado escolar del menor** ☐☐

**¿Tiene el menor seguro de salud** (por ejemplo, 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
- ☐ Habla, pero es difícil entenderle
- ☐ Usa lenguaje de señas
- ☐ Usa dibujos o una pizarra para comunicarse
- ☐ Usa gestos como señalar, halar o parpadear
- ☐ Usa sonidos que no son palabras, como 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)
- ☐ Problemas de aprendizaje (si está en edad escolar)
- ☐ Problemas de atención o hiperactividad (ADHD/ADD)
- ☐ Problemas de depresión o ansiedad
- ☐ Problemas de agresividad o de temperamento
- ☐ 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
- ☐ Otro _____

**Por favor díganos cualquier otra cosa que crea es importante que sepamos sobre su hijo(a) 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 o visite*** *www.thechildrenstrust.org*

**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**_____

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL (*INFORMACIÓN INDISPENSABLE*)**

ORGANIZACIÓN: La Vina del Señor Inc. _____ESTABLECIMIENTO (SITE): Kidz XL Summer Camp 2019

MIEMBRO DE GRUPOS DE PRIORIDAD (marcar todas las que apliquen): ☐ Dep Syst ☐ Delin Syst

---

## Formulario de Información del Menor
## 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 médica 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 / guardián 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 Summer Sports Camp (Campamento de Verano), 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 Guardián legal de ___ _____ *
(Nombre del padre/guardián) (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 rayo 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 inmediata y cuando los esfuerzos para ponerse en contacto conmigo no tienen éxito.

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

## KIDZ XL SPORTS : Póliza y Acuerdos

*Por Favor, firme iniciales en cada declaración de póliza*

**PÓLIZA SOBRE RECOGER SUS NIÑOS TARDE**

_____ A usted se le cobrará un recargo por recoger su hijo/hija más tarde de las 6:30 pm. A partir de las 6:30pm, se instituirá un recargo de $5.00 por cada media hora adicional y después $1 será añadido por cada minuto adicional. Tenga en cuenta que los recargos serán coleccionados 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.

**Póliza Escrita sobre los Problemas Recurrentes de Comportamiento**

Póliza Escrita sobre los Accidentes/ Lesiones

1. Un reporte del incidente será escrito por todo(a): 1) problema de conducta persistente; 2) accidente o lesión de su niño 3) preocupación de padre. Al momento de recoger su niño, el padre/guardián presente al momento debe firmar el informe/reporte del incidente, significando que han leído y entendido el contenido del documento.
2. Después del tercer incidente, los padres/guardianes del niño tendrán 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 será citada en la cual el director del programa KIDZ XL SPORTS estará 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 / Guardián Fecha

# CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIAS

Nombre del Menor: _____

Nombre del Padre: _____

Nombre de la Madre: _____

Nombre del Guardián:_____

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/ Guardián:_____

**Consentimiento Voluntario para la Fotografía en Kidz XL:** Doy mi consentimiento, permitiendo que tomen 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 sin ningún tipo de compensación pagada a mí, mi hijo, ni a los demás. Todas las fotos y videos serán propiedad exclusiva de **KIDZ XL SPORTS** y pueden ser utilizado para propósitos educativos y/o con propósitos promocionales.

**Por favor, marque con un círculo: SÍ NO**

# Contactos Adicionales en caso de Emergencias:

Solamente se le permitirá recoger a su hijo por los padres o guadianés 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 guardián 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 |
| Nombre | Dirección | # Trabajo | # Casa |

## Formulario de Autorización de Viaje

En consideración de que se les permita participar en las visitas de campo este verano (2016), Yo, en pleno reconocimiento y la valoración de los peligros y riesgos asociados con este tipo de actividades, por la presente de acuerdo en asumir todos los riesgos y responsabilidades que rodean la participación de mi hijo en este evento y por este acto liberar y eximir de responsabilidad a La Viña del Señor Inc., DBA Kidz XL (Kidz XL), sus Consejeros, Asistente de, directores y empleados, y los participantes de y contra cualquier y toda responsabilidad a los abajo firmantes, su / sus dependientes, cesionarios, representantes personales, herederos y parientes, por cualquier y todos los daños, gastos (incluyendo honorarios de abogados) de 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 desde y hacia dicho evento.

Entiendo que Kidz XL no, de ninguna manera, sirven como director, agente o socio de cualquier agencia de viajes de compañía, o transporte comercial que pueda trabajar con los participantes. He leído y entendido este comunicado y voluntariamente firmar este documento y permitir que mi hijo participe en esta serie de viajes.

He leído y entendido este comunicado y yo voluntariamente permitir que mi hijo / hija a participar en este evento.

_____/_____/2019 Padre / Nombre _____

**CONSENTIMIENTO PARA LA ADMISIÓN Y TRATAMIENTO**

En caso de lesiones a los abajo firmantes, nacido el _____ / _____ / _____,
Seguridad Social #_____ (últimos 4 dígitos),

Por la presente autorizo Kidz XL o representantes de los mismos que admitir que mi hijo a un centro para recibir tratamiento médico de emergencia que se considere necesario para mi salud o el bienestar.

Doy mi consentimiento a 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 síndicos, miembros del consejo, y empleados de cualquier y todas las reclamaciones derivadas de mi ingreso recibido por la instalación o de dicho tratamiento administrado por una de esas instalaciones.

Personas de contacto en caso de emergencia como se enumeran a continuación.

_____/_____/2019 _____
FECHA Nombre Del Padre

In the event of an emergency, please contact:

| Nombre | | Número de Teléfono |
|---|---|---|

## La Viña del Señor Inc., dba Kidz XL

### Póliza de Confidencialidad del Cliente

Kidz XL ha establecido esta póliza para orientar sus procesos de mantenimiento de registros de clientes y, con ello, 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 sigue todas las normas y leyes en lo que respecta a la custodia de la información confidencial del cliente.

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

- Información Médica
- Licencia de Conducir
- Tarjeta de Seguro Social / Número
- Pasaporte
- Certificado de Nacimiento

La lista anterior no es exhaustiva.

Los siguientes principios operativos se han establecido con el fin de defender la información confidencial del cliente:

- Toda la información confidencial de un cliente será archivada en un archivador que se mantiene cerrada, a menos que se abrió por las personas autorizadas. Tras la apertura de los archivadores deben estar bloqueadas tras la finalización de su uso.
- Los únicos autorizados a tener acceso al archivador son el director ejecutivo, el director del programa, y el director administrativo.
- Si los documentos confidenciales se escanean y envían a la computadora, estos documentos deben ser borrados después de la impresión. No debe haber documentos confidenciales guardados en la computadora. Toda la documentación confidencial cliente debe mantenerse en formato impreso, presentó, y bloqueado.
- Puede haber solicitudes legítimas de los datos de los agentes del orden. Sin embargo, la información confidencial no debe administrarse a cabo sin una orden judicial válida o sin la aprobación del Director Ejecutivo y / o el Consejo de Administración.
- El uso inadecuado de los privilegios de acceso y uso de datos administrativos puede resultar en una acción disciplinaria, la pérdida de acceso al sistema, y las posibles sanciones hasta e incluyendo el despido.

Por favor firme y fecha a continuación, indicando que se ha leído y comprendido la póliza por encima de la intención de salvaguardando la información confidencial de su hijo.

**Firme Del Padre: _____ Fecha: _____**