

Futuro Formulario de Registro Mundial

Los padres deben completar el paquete de inscripción y enviarlo con una cuota de inscripción de \$ 50 no reembolsable por niño al Director de Cuidado Infantil. Los niños que no pueden inscribirse de inmediato serán colocados en una lista de espera.

Elegibilidad: Niños grados K-8 puede estar registrada para la inscripción en el programa en cualquier momento, pero tenga en cuenta que el espacio es limitado.

Plazas: Los niños son aceptados en la primera llegada de las solicitudes, una vez que el padre completa el proceso de registro que consta de \$ 50 cuota de inscripción y el paquete de inscripción completado.

Inscripción:

Los padres se les proporcionará un conjunto de formularios de inscripción para cada niño. Todas las formas deben ser completadas y devueltas al Director en el momento de la inscripción.

Los padres tendrán que pagar una cuota de inscripción no reembolsable de \$ 50 y primera cuota meses matrícula de \$ _____ debido antes del primer día de asistencia del niño. Cada mes \$ _____ es debido antes del 10 de ese mes. (Un 10% de descuento se ofrece si hay más de un niño que asiste a nuestro programa por casa espera). Nuestra tarifa diaria es de \$ _____ y nuestra cuota mensual es de \$ _____.

Los niños podrán asistir a nuestro programa sólo después de todas las formas se han completado y devuelto, incluidos todos los pagos.

Si el padre no ha enviado los formularios o pago terminados en la fecha en que el niño está programado para comenzar a asistir a los padres serán responsables del pago de las cuotas mensuales para reservar el lugar de inscripción.

Nombre Fecha de Nacimiento Teléfono del Niño

Nombre del Trabajo Dirección de Padres Teléfono

Indique a continuación sus primera y segunda opción:

___ Full Mañanas tiempo ___ Full tardes tiempo

___ Full Tiempo mañanas y tardes ___ Me no será a tiempo completo, pero voy a pagar semanalmente

___ Me No habrá tiempo completo, pero pagará diaria

He leído y entendido las políticas de arriba y me gustaría inscribir a mi hijo para la inscripción en su programa. He adjuntado la cuota de inscripción no reembolsable de \$ 50.

Firma del Padre Fecha

LLEGADA / procedimientos de salida FORMULARIO

_____ (Nombre del niño) tiene permiso para llegar a y dejar el antes y programa de la Escuela durante las horas del programa programados en el que él / ella está inscrito de acuerdo con estas disposiciones Después:

ANTES DE LA ESCUELA Círculo días de la semana hijo está inscrito: MTW TH F

Hora de llegada persona que es

en el programa responsable de niño antes de la llegada

M _____

T _____

W _____

TH _____ F _____

Hora de salida persona que es

del programa Destino responsable de los niños a la salida

M _____

T _____ W _____

_____ TH _____

_____ F _____

Después de la escuela Círculo Días de la semana hijo está inscrito: MTW TH F

Hora de llegada persona que es

del programa responsable de niño antes de la llegada

M _____ T _____
_____ W _____
_____ TH _____
_____ F _____

Hora de salida persona que es

del programa Destino responsable de los niños a la salida

M _____
T _____ W _____
_____ TH _____
_____ F _____

Entiendo el Antes y Después Programa de Escuela acepta la responsabilidad de mi hijo sobre su / su llegada a las instalaciones del programa. El antes y después del programa La escuela no será responsable después de que mi hijo deje el Programa según lo autorizado anteriormente. Entiendo que cualquier cambio a estos acuerdos deben ser por escrito en un formulario de llegada / salida.

Firma del Padre / Tutor Fecha

EMERGENCIA DE LOS PADRES DE CONSENTIMIENTO MÉDICO

Este formulario debe ser presentado al momento del ingreso para el tratamiento

Nombre completo del niño: _____ Birth Fecha:

En el caso de que mi hijo (mencionados anteriormente) puede requerir atención médica y / o quirúrgica mientras yo estoy fuera de la ciudad o no puede ser alcanzado, por la presente doy mi consentimiento para médico y / o el tratamiento quirúrgico para _____ hospital y Doctor _____

o su / su personal o la persona designada para proporcionar esta atención. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos y honorarios dependen de la atención médica de emergencia y / o tratamiento para mi hijo como asegurado o autorizado en virtud de este consentimiento.

(El Antes / Después Programa de Escuela establece que se hará todo lo posible para notificar a los padres / tutores de inmediato en caso de emergencia.)

1. Los padres / tutor / guardián con quien el niño reside:

Name _____ Relationship _____

Address _____ Employer _____ Teléfono _____
Work Teléfono _____

Name _____ Relationship _____

Address _____ Employer _____ Teléfono _____
Work Teléfono _____

2. Las personas que están autorizadas para recoger a los niños si los padres no están disponibles:

Name _____ Relationship _____

Address _____ Employer _____ Teléfono _____
Work Teléfono _____

Name _____ Relationship _____

Address _____ Employer _____ Teléfono _____
_____ Work Teléfono _____

3. Custodia restricciones / Persona (s) que no pueden recoger a los niños:

Name _____ Relación con Child _____

Name _____ Relación con Child _____

Name _____ Relación con Child _____

4. Información:

Doctor _____ Phone _____ Address _____

Última Tetanus _____ Allergies _____

Medication _____ Preferencia Religiosa (opcional) _____

Insurance Company _____ Política ID Holder _____

Este consentimiento estará vigente a partir de (fecha) _____ y continuando
mientras el niño está matriculado en este centro.

Firma del Padre / Tutor Fecha

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

La identificación del niño:

Nombre del Niño Fecha de Nacimiento Sexo

Número de teléfono _____ Address

Si niño no pasa por su / su nombre, lo que hace él / ella prefiere ser llamado?

PADRE (S) / TUTOR DE IDENTIFICACIÓN:

Relación

_____ Name
para Niño

Dirección Teléfono de la casa

Trabajo de teléfono Horas de Trabajo

Prefiero ser contactado por primera vez en caso de emergencia: (Círculo) Sí o No

Niño reside con arriba? Si no

Por favor, explique los arreglos en su caso: _____

Nombre Relación con el niño

Dirección Teléfono de la casa

Trabajo de teléfono Horas de Trabajo

Nombre Relación con el niño

Dirección Teléfono de la casa

Trabajo de teléfono Horas de Trabajo

Información médica

Name _____

1. Las alergias (alimentos, medicamentos, abejas)

2. enfermedad o trastornos crónico o recurrente: _____

3. ¿Tiene su hijo tome medicamentos para # 2 arriba? En caso afirmativo, indique el nombre y la dosage. _____

4. Tendrá que ser dado durante las horas del programa de la medicación? Si es así ¿cuándo va a necesitar ser dado? No si _____

5. ¿Qué debemos hacer si su hijo tiene un problema relacionado con su / su estado de salud durante las horas del programa? _____

Información 6. del niño:

A. Otros hermanos en el hogar:

Fecha Nombre Nacimiento inscrito en el programa

B. ¿Su hijo tiene algún problema de la alimentación o disgustos? _____

C. ¿Cómo su hijo con otros niños? _____

D. Cuando usted disciplina a su hijo, ¿cómo se hace esto? _____

Por favor, dar cualquier información adicional, que usted cree que será útil para nuestro personal en la comprensión y el cuidado de su hijo: _____

Entrega Futureworld PFN Learning Service Center antes de Promesa de Pago Nota

Este pagaré se destina a cubrir los servicios de aprendizaje de niños entregados antes del pago por los servicios prestados se. Se utiliza principalmente como una garantía de que el padre tiene la responsabilidad final para el pago o no la matrícula está subvencionada por ninguna agencia gubernamental. Al firmar este acuerdo con Futureworld PFN usted, el padre / tutor, renunciar a su derecho a la notificación y el juicio en la corte de cualquier saldo adeudado. Si lo hace sin remuneración por el servicio prestado a continuación en el tiempo una sentencia judicial puede ser tomada en contra de usted sin su conocimiento previo y los poderes de un tribunal se puede utilizar para obtener de usted, independientemente de cualquier reclamación que pueda tener contra Futureworld PFN para el niño deficiente servicio de aprendizaje, o cualquier otra causa.

Futureworld PFN cognovit Pagaré

_____20_____

A cambio de los servicios de aprendizaje del niño para el niño (s) nombrado

Niño 1 Nombre _____

Niño 2 Nombre _____

Niño 3 Nombre _____

prestados en cualquier PFN Futureworld o ubicación niños Banco de Aprendizaje, (una corporación sin fines de lucro de Illinois), día del padre / tutor

Firma

promete pagar la tarifa diaria / mensual de \$. Dólares, con cero interés pagadero a 'Futureworld PFN' dentro de los 10 días de gracia del último servicio de aprendizaje rendido. Después de que el día de gracia de caducidad anteriormente enumerado, Futureworld PFN o sus abogados contratados pueden aparecer en cualquier corte de registro situada en el condado de Cook, Illinois y pedir un juicio inmediato (de un juez) en contra de usted sin su apariencia. Usted, el padre / tutor, de antemano, está confesando la entrega de los servicios de aprendizaje infantil entregados. Usted el padre / tutor acepta la cantidad total a pagar (por encima de la lista por tipo de día en este acuerdo, multiplicado por los registros de asistencia impresos diarios) sometido a la Corte.

Padre / Guardián del niño (s) _____

Fecha _____