# SATELLITE BEFORE/AFTER SCHOOL PROGRAMS

- El horario del programa de la mañana sera de 7:15 – 8:45am, y el programa despues de escuela es desde las 3:35 - 6:00pm.
- El program siguira el calendario del Distrito Escolar de Hamilton, incluyendo los dias de medio tiempo.
- El CYO mantenera 10 niños a 1 trabajador.
- Cuido de AM solamente – costo mensual $110.00 ($10.00 descuento para 2do o mas niños).
- Cuido de PM solamente – costo mensual $195.00 ($20.00 descuento para 2do o mas niños).
- Costo mensual para AM y PM $270.00 ($25.00 descuento para adicional niños).
- Un cobro de $25.00 para registrase, no cobros adicional.
- No tienen que pagar costos adicionales al empesar.
- Se aceptan certificados de Child Care Connection y Mercer County Child Vouchers.
- Se le da una merienda en el PM
- Tiempo para aser las asignaciones y estudiar esta incluido en el programa.
- Profesional, amistoso, experimentado y cualificado personal.
- Programa de AM y PM es ofrecido a los estudiantes en grados k-5

** Todos lod programas del CYO estan licenciados con New Jersey Division de la juventud y la familia y los servicios de Licencias.

Para mas informacion, por favor llamar
Patrick Hardiman phardiman@cyomercer.org 609-585-4280 x 102
Patrick Hardiman at 609-585-4280 ext. 102 o su correo a phardiman@cyomercer.org

CYO of MERCER COUNTY BEFORE / AFTER SCHOOL PROGRAM

# 2023 – 2024 Ano Escolar

**Por Favor circular la escuela de su hijo/a: Greenwood Klockner Lalor Wilson**

453 Yardville-Allentown Road Yardville, NJ 08620 Phone: (609) 587-9618 Fax: (609) 587-9601

## FORMULARIO DE REGISTRACION

**Antes De Escuela** _____ **Despues de Escuela** _____ **Antes y Despues** _____

Fecha de Inscripcion _____ Telefono de Casa _____ Correo Electronico _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Niño/a _____ Grado que va entrar _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Nombre de Mama _____ Nombre de Papa _____

Empleado de Mama _____ Empleado de Papa _____

Direccion de Empleado _____ Direccion de Empleado _____

_____ _____

Telefono de Trabajo de Mama _____ Telefono de Trabajo de Mama _____

Cellular de Mama _____ Cellular de Papa _____

Vive el niño/a con la mama y papa? _____ Problemas de custodia? _____

## AUTHORIZACION DE RECOJER

**Las siguientes personas estan autorizados, en adicion a la mama y el papa a recojer mi hijo/a del programa de Antes y Despues del CYO.**

Nombre Telefono # Relacion al Niño/a

Nombre Telefono # Relacion al Niño/a

Nombre Telefono # Relacion al Niño/a

## Doctor Primario

**Nombre de el doctor primario de su hijo/a** _____

**Numero de Contacto** _____

### Tylenol/Motrin Permiso

Si mi hijo/a le aumenta la temperatura durante el transcurso del programa, y cualquiera de los padres es contactado por teléfono para su aprobación verbal, por la presente doy permiso para que un miembro del personal del CYO administre Tylenol/Motrin a mi hijo/a. Hasta que cualquiera de los padres llegue, la dosis adecuada se dará de acuerdo con la edad y el peso del niño.

_____

Firma de Padre/Madre o Guardian Fecha

### Benedryl Permiso

Si mi hijo/a tiene una reacción alérgica durante el transcurso del programa, y cualquiera de los padres es contactado por teléfono para su aprobación verbal, por la presente doy permiso para que un miembro del personal del CYO administre Benedryl a mi hijo. Hasta que cualquiera de los padres llegue, la dosis adecuada se dará de acuerdo con la edad y el peso del niño.

_____

Firma de Padre/Madre o Guardian Fecha

### Autorizacion Medica

Certifico que la condición física actual de mi hijo/a es satisfactoria para participar en las actividades del Programa CyO Before/After School. No conozco ninguna razón para restringir la actividad de mi hijo/a y dar permiso en cyo programming. En caso de que no pueda ser contactado en una emergencia, por la presente doy permiso al médico seleccionado por el CYO del Condado de Mercer para hospitalizar, asegurar el tratamiento adecuado y la inyección de anestesia o cirugía para mi hijo nombrado anteriormente.

_____

Firma de Padre/Madre o Guardian Fecha

### Reconocimiento de Riesgo/Wavier y Liberación

Certifico que la condición física de mi hijo es satisfactoria para participar en el programa cyo anterior, reconozco que hay ciertos riesgos de lesiones físicas en cualquier actividad y por la presente asumo toda la responsabilidad por cualquier gasto incurrido como resultado de la participación de mi hijo en el Programa CYO. Acepto a A) renunciar y renunciar; (B) liberar y dar de alta por completo: y (C) indemnizar y eximir de responsabilidad al CYO del Condado de Mercer y a la Diócesis de Trenton y a sus oficiales, agentes y empleados de todas y cada una de las reclamaciones de lesiones, daños o pérdidas que puedan acumularse para mí debido a la participación de mi hijo en el Programa cyo antes/después de la escuela.

_____

Firma de Padre/Madre o Guardian Fecha

### Lanzamiento de fotos/vídeos

_____ No give_____/no give_____the permiso cyo para usar ninguna fotografía o video de mi hijo por cualquier razón promocional u otra razón legítima, incluyendo periódicos, folletos, sitio web, Facebook, etc.

_____

Firma de Padre/Madre o Guardian Fecha