

Únete a nosotros!

KIDS UNLIMITED

CAMPAMENTO DE INVIERNO

7:30-5:30

**KIDS
UNLIMITED**



DICIEMBRE 22,23,26,29,30 & ENERO 2

Cerrado 24, 25, 31 de diciembre & enero 1st

UBICACIÓN:
Kids Unlimited Academy
821 N Riverside Avenue,
Medford

\$10 Diario: Para estudiantes registrados a la escuela KUA o El program despuse de escula KU
*Deudas pendientes deben ser pagadas.

\$40 Diario: Estudiantes NO registrados en el programa extracurricular de KU o la escuela KUA.

**DEPORTES | STEM | COMIDAS | ARTE
EXCURSIONES | AMIGOS Y DIVERSIÓN!**

PARA MÁS INFORMACIÓN

541-774-3900

jpatrick@kuaoregon.org

**KG-5to
Grado**



Kids Unlimited Formulario de Salud 2025-26

Fecha de Nacimiento: _____ Grado Actual: _____ Escuela: _____ Maestro(a): _____

Primer Nombre del Estudiante: _____ Apellido: _____ Genero: ___ M ___ F

Dirección: _____ Ciudad: _____ CP: _____

Niño Vive Con: ___ Ambos Padres ___ Madre ___ Padre ___ Crianza Temporal ___ Otro(a) _____

Casos de custodial/restricción u órdenes de la corte acerca de la cual el personal debe conocer: _____

Padre/Tutor 1: _____ Teléfono: _____ Trabajo: _____

Padre/Tutor Correo Electrónico (*Así es como nos comunicamos con las familias*): _____

Padre/Tutor 2: _____ Teléfono: _____ Trabajo: _____

Padre/Tutor 2 Correo Electrónico: _____

¿Hay hermanos que asisten a un programa después de la escuela de KU? ___ No ___ Sí Nombre del Hermano(a) _____

Doy permiso para que mi hijo(a) vea películas clasificadas como PG: ___ No ___ Sí

¿Puede la foto de mi hijo(a) ser usada con fines promocionales? ___ No ___ Sí ¿Puede asistir a excursiones? ___ No ___ Sí

CONTACTOS DE EMERGENCIA AUTORIZADOS PARA RECOGER AL NIÑO(A) ADEMÁS DE LOS PADRES:

Deben mostrar identificación con foto al personal

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

ALERGIAS: Favor anote todas las alergias, como picaduras de abejas, alimentos, otros: _____

***Si es alérgico a los cacahuetes o productos lácteos, deberá tener una nota del doctor y de liberación para el Epi-Pen caso.**

RESTRICCIONES DIETÉTICAS: Favor anote cualquiera y todas modificaciones dietéticas: _____

OTRO: Por favor, use este espacio para facilitar cualquier información adicional sobre el comportamiento físico y emocional o de salud mental del participante acerca del cual el personal deba saber _____

MÉDICOS: Favor anote condiciones médicas que usted piensa que pueden ser útiles para que el personal sepa (cosas como cirugías recientes, cicatrización de lesiones o si las condiciones actuales requieren una atención especial).

MEDICAMENTOS: Si su hijo(a) toma algún medicamento con o sin receta, usted debe llenar la forma de permiso de medicamentos.

___ Iniciales.

___ Mi hijo(a) **NO** toma medicamentos de forma rutinaria **y NO** hemos mandado medicamentos al programa para mi hijo.

Semanas: *Los estudiantes NO inscritos en un programa KU pagan \$40 por día. Los estudiantes actuales de KU pagan \$10 por día.

Lunes 12/22 Martes 12/23 Viernes 12/26 (**cerrado miércoles 24/12 y jueves 25/12**)

Lunes 12/29 Martes 12/30 Viernes 1/2 (**cerrado miércoles 31/12 y jueves 1/1**)

Office Use Only: Date Rcv'd _____ Previous balance – Amount _____ Total Amount Paid _____ Cash _____ Credit _____
Check # _____ Scholarship amount _____ Payment arrangements? _____ Third Party? _____ Billing Entered by: _____

Persona Financieramente ResponsableRelación con el Estudiante: Padre/Tutor Abuelo/la Crianza Temporal Otro _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ # Empleador _____

Dirección si es diferente: _____ Ciudad: _____ Código _____

Correo Electrónico _____ Empleador _____

¿Alguien está dispuesto a pagar la matrícula por usted? Sí No Tercer Acuerdo con: ERDC Otro: _____**Compromisos: Leer y su Inicial en cada línea**

RECOGER TARDE: El programa finaliza a las 5:30 h todos los días. Se cobrarán \$15 por los primeros 15 minutos (de 5:30 a 5:45 h) y \$30 por cada 15 minutos adicionales. La impuntualidad reiterada conllevará la cancelación del servicio.

COMPORTAMIENTO: Reconozco que mi hijo debe seguir estándares aceptables de conducta, cumplir con las instrucciones de seguridad y abstenerse de comportamientos que sean perjudiciales para sí mismo, para los demás o para la propiedad. El incumplimiento de las reglas será motivo de despido de mi hijo sin reembolso de tarifas. Estamos comprometidos con la inclusión y nos adaptaremos a diversas necesidades cuando sea posible. Sin embargo, no podemos brindar apoyo personalizado a los niños que requieren atención individualizada.

EXCURSIONES: Normalmente los sitios estarán participando en las excursiones en ocasión. El horario será proveído a usted para su hijo. Si Usted no desea que su hijo participe en excursiones, por favor consulte el calendario y no podrán asistir ese día.

DEPÓSITO: Para reservar la plaza de su hijo/a, deberá abonar las tasas del campamento por adelantado.

VACACIONES/DÍAS AUSENTES: Por favor notifique a su administrador de sitio por escrito si va a salir para cualquier longitud de tiempo para que sepamos de no esperar a su hijo. Los reembolsos no se darán debido a los días perdidos.

CAMBIOS/CANCELACIONES: A fin de asegurar el procesamiento adecuado, 5 días de aviso son necesarios para los cambios. Un reembolso o crédito se expedirá por pagos hechos adelantados. Los reembolsos no se publicarán si el estudiante deja de asistir sin notificación por escrito.

PAGOS DE TERCERA PERSONA: Damos la bienvenida a los pagos de DHS y JOBS siempre con verificación adecuada. Porciones no pagadas (co-pagos) y los vales son responsabilidad de los padres o guardianes.

EL COSTO de la MATRICULACIÓN se basa en los ingresos de la familia y la habilidad de la organización para subsidiar a las familias necesitadas. La cantidad de la matrícula se basa en los ingresos demostrados y los gastos de la parte responsable y se paga mensualmente. Las becas y planes de pago que difieren de la cantidad inicial deben ser solicitadas y documentadas antes de crearse su cuenta.

Se aplicará una comisión por fondos insuficientes de 25 dólares a todos los pagos devueltos.

Seguro de Salud¿Está su hijo(a) protegido con un seguro de salud? No Sí-Si responde "Sí", qué tipo de seguro es: Oregon Health Plan/Medicaid All Care Seguro del Trabajo/Familiar Seguro Privado

Nombre del Asegurado _____ FDN _____ Parentesco con el Paciente _____

El Doctor del niño _____ Teléfono del Doctor _____

El Dentista del niño _____ Teléfono del Dentista _____

Nombre del Empleador: _____ Trabajo: _____

Compañía de seguro _____ #Grupo _____ #ID _____

Acuerdo de Participación

Entiendo que Kids Unlimited no asume ninguna responsabilidad por lesiones o enfermedades que pueda sufrir como resultado de mi condición física o como resultado de mi participación en cualquier actividad de Kids Unlimited. Por este medio (y en nombre de mis hijos) libero, exono y comprometo a no demandar a Kids Unlimited, sus empleados, funcionarios o directores de cualquiera y todas las reclamaciones por lesiones, enfermedad, pérdida o daño que pudiera sufrir como resultado de mi participación. Yo doy permiso a Kids Unlimited de usar su juicio para obtener servicio médico para mí y/o mi hijo. Yo le doy permiso al médico seleccionado por el personal de Kids Unlimited para hacer el tratamiento médico necesario y apropiado. El pago de cualquier resultado, los gastos médicos o los costos y gastos relacionados deben ser pagados por mi seguro médico o plan de beneficios disponible mío o de mi pareja. He leído y entendido esta declaración y renuncia. Para servir mejor a su hijo(a), nosotros trabajamos de cerca con la escuela para monitorear calificaciones y asistencia. Al firmar abajo usted está dándonos permiso para solicitar las calificaciones, la asistencia, datos de comportamiento y resultados de los exámenes de su hijo(a) y así poder servirle mejor. Los programas de Kids Unlimited son únicos porque se basan en la participación comunitaria. El mayor recurso de nuestro programa es el compromiso de nuestras familias para trabajar en colaboración para crear un ambiente enriquecido lleno de oportunidades diversas y actividades de calidad. Las metas del programa incluyen progreso en una o todas las áreas: académicas, asistencia y comportamiento. Este programa fue diseñado para ser académico y no se basa en ser un servicio de tutor de niños. Nuestro personal trabaja en estrecha colaboración con el personal escolar para garantizar que los niños reciban el apoyo que necesitan para ser exitosos en la escuela, pero no podemos hacerlo sin su apoyo.

He leído y reconozco el acuerdo financiero y del programa provisto:

Nombre Completo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

