

KIDS UNLIMITED

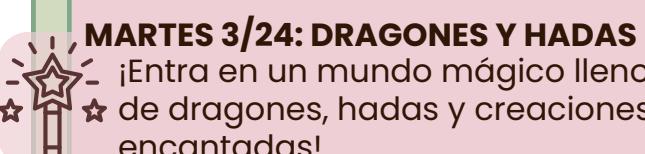
Campamento de Primavera

Marzo 23-27, 2026
7:30am-5:30pm

Tematicas Diarias

LUNES 3/23: FUERA DE ESTE MUNDO

Los estudiantes explorarán el espacio a través de proyectos de arte creativo, desafíos de construcción prácticos y atractivas actividades STEM inspiradas en el sistema solar.

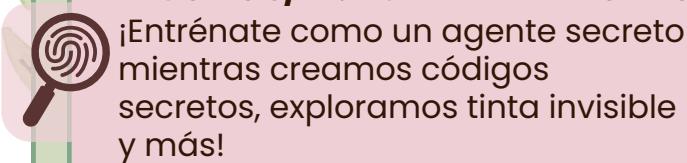


MARTES 3/24: DRAGONES Y HADAS

¡Entra en un mundo mágico lleno de dragones, hadas y creaciones encantadas!



MIÉRCOLES 3/25: ACADEMIA DE ESPÍAS



¡Entrénate como un agente secreto mientras creamos códigos secretos, exploramos tinta invisible y más!



JUEVES 3/26: CIENTÍFICO JR.

Un día de experimentos emocionantes, exploración STEM interactiva y proyectos creativos inspirados en la ciencia.



VIERNES 3/27: SUPERHÉROE

Crea tu propia identidad de superhéroe, fabrica una máscara personalizada y mezcla "trampas para villanos" de slime en este día creativo práctico.

Costo

\$10 Diario: Para estudiantes registrados a la escuela KUA o el programa después de escuela KU.*
*Deudas pendientes deben ser pagadas.

\$50 Diario: Estudiantes NO registrados en el programa después de escuela de KU o la escuela KUA.

KIDS UNLIMITED

Grados K-5to

Ubicación

Kids Unlimited Academy
821 N Riverside Ave, Medford

Para Más Información

jpatterson@kuoregon.org
Teléfono: 541-774-3900
www.kuoregon.org



Kids Unlimited Campamento de Primavera 2026

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 e escuela de KU? ___No ___Sí Nombre del Hermano(a) _____

¿Puede la foto de mi hijo(a) ser usada con fines promocionales? ___No ___Sí ¿Puede asistir 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 / NECESIDADES DIETÉTICAS MÉDICAS: Indique cualquier alergia diagnosticada o restricción dietética médica necesaria. *Se requiere una nota del médico para las alergias alimentarias y cualquier condición que requiera adaptaciones dietéticas especiales.

MÉDICOS/OTROS: Comparta cualquier información relevante sobre comportamiento, física, emocional, mental o médica (incluidas cirugías recientes, lesiones o afecciones actuales) que el personal deba conocer:

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.

¿Qué días asistirá su hijo al campamento de primavera? (Marque todas las opciones que correspondan)

*Los estudiantes que **NO** estén inscritos en el Programa Extraescolar pagan \$50 por día.

Los estudiantes que ya estén inscritos en el Programa Extraescolar pagan \$10 por día.

Lunes 3/23 Martes 3/24 Miércoles 3/25 Jueves 3/26 Viernes 3/27

Office Use Only: Intake staff initials _____ Date Rcv'd _____ Prior participant _____ Previous balance _____

Total Amount Paid _____ Cash _____ Credit _____ Check # _____ Scholarship amount _____ Payment arrangements? _____

Persona Financieramente Responsable

Relación 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: DHS Otro: _____

Acuerdos: Lea y firme 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: Con el fin de reservar lugar para su niño, usted tendrá que pagar para el año escolar con antelación.

DÍAS AUSENTES: Los reembolsos no se darán debido a los días perdidos.

CAMBIOS/CANCELACIONES: A fin de asegurar el procesamiento adecuado, 5 días de aviso es necesario para los cambios. Un reembolso o crédito se expedirán por pagos hechos adelantados. Los reembolsos no se publicarán si el estudiante deja de asistir sin notificación por escrito. (Forma de cancelación) No se realizan reembolsos por cierres debidos a fenómenos meteorológicos o cortes de energía.

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.

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 están recibiendo 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: _____

