



"¡Donde el aprendizaje es una aventura!"
Ingalls Avenue, Norwalk, CT 06854
Teléfono: 475-215-6100 Fax: 203-354-5593

Correo electrónico: odysseyctenrollment@gmail.com Sitio web: odysseyct.com

Estimado(s) Padre(s)/Tutor(es):

Gracias por su interés en Maritime Odyssey Preschool. Sabemos que tiene la opción de elegir el lugar donde educar a su hijo y nos complace que haya elegido aplicar a nuestro programa. Esperamos que su hijo asista. El aprendizaje es una verdadera aventura aquí y pasaremos un tiempo divertido y enriquecedor juntos.

Adjuntamos nuestra solicitud para el programa. Por favor, llene todas las páginas **POR COMPLETO** ya que esta información es necesaria para garantizar la seguridad de su hijo, así como para ayudarnos a proporcionar una experiencia educativa de alta calidad adaptada a las necesidades de desarrollo de su hijo.

Al presentar su solicitud, por favor incluya los documentos solicitados en la lista de verificación de la siguiente página para acelerar el tiempo de procesamiento. ***Una solicitud incompleta retrasará el procesamiento y, por consiguiente, retrasará la inscripción de su hijo en el programa.***

Por favor, no dude en contactarme si tiene alguna pregunta o inquietud.

Atentamente,

Donald Austin,
Director de Inscripción y Reclutamiento

Lista de verificación de inscripción

El Formulario de Inscripción de Niños y Contacto de Emergencia y la Solicitud de Inscripción deben ser llenados completamente y deben ser presentados con los siguientes documentos:

_____ Partida de nacimiento certificada con un sello en relieve u otra prueba oficial de la fecha de nacimiento de su hijo, por ejemplo, el pasaporte, etc. **Haremos una copia de este formulario para nuestros archivos y le devolveremos el original.**

_____ Dos (2) pruebas de residencia. Los siguientes documentos son pruebas aceptables:

- Declaración de hipoteca
- Escritura
- Contrato de alquiler firmado con el nombre y el número de teléfono del propietario.
- Declaración de alquiler impresa, siempre que su nombre y dirección estén claramente listados.
- Factura reciente de servicios públicos (electricidad, gas, cable, teléfono)
- Una carta notariada de su propietario que diga lo siguiente:
 - La dirección de su casa.
 - El nombre, número de teléfono y dirección de su arrendador.

_____ Dos (2) pruebas de ingresos:

- Talones de pago recientes y consecutivos que cubran un (1) período de un mes (4 si se le paga semanalmente, 2 si se le paga quincenalmente)
- Formularios W-2 del año en curso
- Declaración de impuestos del año anterior
- Una carta notariada que declare los ingresos semanales de todos los adultos de la casa.
- Una carta de su empleador verificando sus ingresos anuales
- Compensación laboral
- Ingresos de la Seguridad Social

_____ Registro actual de evaluación de Salud Preescolar (también conocido como física)

_____ Solicitud de Care 4 Kids



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

POR FAVOR, LLENE TODOS LOS CAMPOS. UNA SOLICITUD INCOMPLETA PUEDE RETRASAR SU PROCESAMIENTO.

INFORMACIÓN DEL NIÑO:

Primer nombre: _____ Segundo: _____ Apellido: _____
Fec.Nac.: _____ Lugar de Nac.: _____ Primer idioma hablado: _____
 Masculino Femenino
Dirección de residencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Este niño vive con: Ambos padres _____ Madre _____ Padre _____ Tutor _____
Raza/Etnicidad: Blanca _____ Afroamericana _____ Hispana/ Latina _____ Asiática _____ Asiática _____ Otro _____
Esta es a primera vez de mi hijo en un preescolar. Mi hijo ha estado en un preescolar antes.
Nombre del preescolar anterior: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR 1:

Nombre del padre/tutor: _____
Relación con el niño: Madre _____ Padre _____ Tutor _____ Abuelo _____ Padre adoptivo _____ Otro _____
¿Es ciudadano de los Estados Unidos? (por favor, marque uno): Sí No ¿Padraastro/Madrastra? (marque uno): Sí No
Dirección (si es diferente de la anterior): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____ Portador: _____
Correo electrónico de contacto: _____
Situación laboral: Tiempo completo (35+ horas/semana) _____ Tiempo completo y estudiando _____
Estudiando _____ Desempleado _____ Medio tiempo (> 35 horas/semana) _____ Medio tiempo y estudiando _____
Jubilado _____ Incapacitado _____
Empleador: _____
Dirección del empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Teléfono laboral: _____ Horario de trabajo: _____
Horario de trabajo: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR 2:

Nombre del padre/tutor: _____
Relación con el niño: Madre _____ Padre _____ Tutor _____ Abuelo _____ Padre adoptivo _____ Otro _____
¿Es ciudadano de los Estados Unidos? (por favor, marque uno): Sí No ¿Padraastro/Madrastra? (marque uno): Sí No
Dirección (si es diferente de la anterior): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____ Portador: _____
Correo electrónico de contacto: _____
Situación laboral: Tiempo completo (35+ horas/semana) _____ Tiempo completo y estudiando _____
Estudiando _____ Desempleado _____ Medio tiempo (> 35 horas/semana) _____ Medio tiempo y estudiando _____
Jubilado _____ Incapacitado _____
Empleador: _____
Dirección del empleador: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Teléfono laboral: _____ Horario de trabajo: _____
Horario de trabajo: _____

Solicitud de Inscripción



OTROS NIÑOS DE LA FAMILIA

Enumere los nombres de todos los niños del grupo familiar de la casa, empezando por el mayor, hasta los 21 años. Anote su escuela y grado actual. Si están en esta lista, pero no están en la escuela, por favor indique una razón, por ejemplo, "empleado", "enfermedad", etc.

Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela y Grado
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

SEGURO E INFORMACIÓN DE SALUD

¿Está su hijo actualmente cubierto por un seguro médico? (por favor marque uno) Sí No

Si es así: Mi hijo está asegurado por Seguro médico privado (Compañía/póliza # _____)

HUSKY A HUSKY B Husky #:

Nombre del médico del niño: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Su hijo tiene alguna alergia o necesidad especial que debamos tener en cuenta? Sí No

Si es así, por favor describa: _____

(Tenga en cuenta que Maritime Odyssey Preschool tiene admisión abierta y se compromete a servir a los niños con necesidades especiales)

INFORMACIÓN FINANCIERA

POR FAVOR REVISE LAS PAUTAS DE PREPARACIÓN PARA LA ESCUELA INCLUIDAS EN EL MANUAL DE PREESCOLAR.

Ingreso semanal bruto (ingreso combinado de todos los miembros empleados de su hogar): \$ _____

Número de miembros en su hogar: _____

Costo del cuidado de los niños de la familia (no incluye el costo de Maritime Odyssey Preschool): \$ _____

¿Hay alguna otra información financiera que quiera que sepamos?: _____

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE TENDRÁ QUE INCLUIR PRUEBAS DE SUS INGRESOS FAMILIARES CUANDO SOLICITE LA MATRÍCULA DE ESCALA MÓVIL. PUEDE SER CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: DOS TALONES DE PAGO CONSECUTIVOS, LOS FORMULARIOS W2 O LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DEL AÑO PASADO, O UNA CARTA NOTARIAL QUE INDIQUE LOS INGRESOS SEMANALES DE TODOS LOS ADULTOS DE SU HOGAR.

Solicitud de Inscripción



EVALUACIÓN DEL NIÑO

Los programas preescolares de calidad utilizan exámenes de desarrollo y herramientas de evaluación como el Cuestionario de Edades y Etapas para poner a su hijo en el camino del éxito en la escuela. Estas herramientas son utilizadas por los maestros para evaluar las habilidades de su hijo en el lenguaje, la alfabetización, el razonamiento, la motricidad gruesa, la motricidad fina y el desarrollo personal/social para determinar rápida y eficientemente las necesidades de su hijo. Los maestros analizan los resultados y ajustan su instrucción de acuerdo con las necesidades de desarrollo de su hijo.

Por la presente, doy permiso para que mi hijo sea incluido en **TODAS** las evaluaciones y exámenes.

Nombre del niño: _____ Fec.Nac: _____ Género: Masculino _____ Femenino: _____

Nombre del Padre 1: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Nombre del Padre 2: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección de residencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Si desea que el médico de cabecera de su hijo reciba la información del Cuestionario de Edades y Etapas, complete la siguiente sección:

Nombre del proveedor de atención médica primaria: _____

Nombre del consultorio: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Los datos no identificables de mi hijo y la información demográfica serán compartidos con nuestros socios. Nuestros socios pueden incluir, pero no se limitan a Norwalk ACTS, Escuelas Públicas de Norwalk, PEER y el Consejo Preescolar de Norwalk. La información del Cuestionario de Mis Edades y Etapas será compartida con la Línea de Información de Desarrollo Infantil.

Al firmar abajo usted autoriza a Maritime Odyssey Preschool a enviar el Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ-3) completado a la Línea de Información de Desarrollo Infantil (CDI, por sus siglas en inglés). Su permiso permite a la Línea de Información de Desarrollo Infantil revisar sus respuestas y enviarle información sobre el desarrollo de su hijo. También autoriza a la línea de información del desarrollo infantil a enviar la información del Cuestionario de Edades y Etapas (ASQ-3) a su maestro y pediatra para que ellos también puedan seguir el progreso del desarrollo de su hijo.

Entiendo que la información será tratada como confidencial y que seguirá las directrices de FERPA y HIPAA para la privacidad y la seguridad.

Nombre del padre/tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____



PREPARACIÓN PARA LA ESCUELA NORWALK / ACUERDO CDC

Usted será responsable de lo siguiente:

- La matrícula de mi hijo será subsidiada por el Estado de Connecticut por la cantidad de _____ por año.
- Proporcionaré pruebas exactas de los ingresos familiares anualmente.
- Informaré al programa de cualquier cambio en mi situación de ingresos inmediatamente.
- Mi parte de la matrícula se determinará usando la escala de tarifas de la Oficina de Preescolar.
- Soy responsable de mi parte de la cuota de los padres y la pagaré a tiempo según mi acuerdo de pago.
- Mi hijo asistirá regularmente, cinco días por semana, mínimo _____ 6 _____ horas por semana.
- Permito que los Programas de Preparación Escolar de Norwalk y de CDC compartan información según sea necesario.
- Si dejo un Programa de Preparación Escolar de Norwalk / CDC con un saldo sin pagar, renuncio a mi derecho de asistir a otro Programa de Preparación Escolar de Norwalk / CDC hasta que el saldo sea pagado en su totalidad.
- Se emprenderán acciones legales si se debe dinero.

Proveedores de preparación escolar de Norwalk:

- Brookside Preschool
- Carousel Preschool
- ELLI @ Fox Run
- ELLI @ Naramake
- ELLI at Tracey
- Growing Seeds
- L'il Critters
- Norwalk Community College
- Odyssey Learning Inc.
- Room to Grow
- Room to Grow Too
- The Children's Playhouse
- The Children's Playhouse Too
- The Marvin

DECLARACIÓN JURADA

Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es exacta y que puedo, si se me solicita, presentar documentación que acredite todos los ingresos, activos y pasivos enumerados anteriormente.

ADVERTENCIA: Cualquier declaración falsa que haga bajo juramento y que no crea que sea verdadera y que tenga como fin engañar a un funcionario público en el desempeño de su función oficial puede ser castigada con una multa y/o prisión.

Para que mi hijo participe en el programa de Preparación Escolar/ CDC, estoy de acuerdo con todos los requisitos mencionados anteriormente.

_____ Nombre y firma del padre	_____ Fecha
_____ Nombre y firma del padre	_____ Fecha
_____ Nombre y firma del proveedor	_____ Fecha



HOJA DE CÁLCULO DE TARIFAS

Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Fec.Nac.: ____/____/____

Padre con custodia: Madre Padre Ambos Tutor

Nombre de la madre: _____ Empleada: Sí No

Ingreso anual bruto: \$ _____

Nombre del padre: _____ Empleado: Sí No

Ingreso anual bruto: \$ _____

Ingresos adicionales:

Ingreso por alquiler: \$ _____ Ingreso por Desempleo: \$ _____ Otro: \$ _____

Ingreso anual bruto: \$ _____

Nro. De niños: _____ Nro. de adultos: _____ Total en el hogar: _____

Ingreso anual bruto: \$ _____

ESTA SECCIÓN QUE DEBE SER COMPLETADA POR EL ADMINISTRADOR DEL PROGRAMA

Cálculo:

% del Ingreso Medio del Estado (SMI, por sus siglas en inglés): _____

\$ _____ Cuota semanal (calculada a partir de la lista de cuotas de la OEC) \$ _____ Cuota mensual

cuota mensual por día completo/día extendido. cuota mensual por día de escuela cuota mensual de medio día

Determinación de la tasa anual: \$ _____ Fecha _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

El personal de la escuela me ha explicado cómo se ha calculado la cuota de mi hijo y he recibido una copia de este formulario.

ADVERTENCIA:

Es un delito penal hacer una declaración falsa o una tergiversación a cualquier departamento del Estado de Connecticut sobre cualquier asunto dentro de su jurisdicción.

Certifico que el cálculo de los ingresos es verdadero, correcto y actualmente representa el ingreso total de mi familia. Toda la información presentada está sujeta a revisión por parte de los auditores estatales y locales. Los programas tienen el derecho de terminar los servicios si la información presentada es fraudulenta.



CUESTIONARIO DE DESARROLLO

Nombre del niño: _____ Fec.Nac.: ____ / ____ / ____ Sobrenombre: _____

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

¿Tiene su hijo alguna necesidad especial? _____

¿Actualmente su hijo recibe o ha recibido alguna vez servicios? En caso afirmativo, ¿en cuál de las siguientes categorías se encuentra? Habla _____ Física _____ Conductual _____ Retraso del desarrollo _____ Otro _____

¿Su hijo se ha sometido alguna vez a una evaluación de: Habla _____ Visión _____ Audición _____ Otros servicios relacionados _____

Si es así, ¿cuáles fueron los resultados?

¿Fue un embarazo de 40 semanas? Sí No

Si nació prematuro, ¿en qué semana nació su hijo? _____

¿Hubo algún problema durante el embarazo? Sí No

¿El parto fue normal? Sí No

¿A qué edad se sentó su hijo? _____ meses

¿A qué edad gateó su hijo? _____ meses

¿A qué edad caminó su hijo? _____ meses

¿Su hijo tiene control de la vejiga? Sí No

¿Su hijo tiene control de esfínteres? Sí No

¿Cuáles son las horas de sueño de su hijo? _____ pm a _____ am

¿Su hijo suele dormir toda la noche? Sí No

¿Su hijo suele dormir la siesta? Sí No

¿Cuánto tiempo duerme su hijo la siesta? _____ horas

¿Puede el habla de su hijo ser entendida por alguien que no sean los padres/tutores? Sí No

¿Su hijo habla con frases completas? Sí No

¿Su hijo le pide a menudo que repita lo que ha dicho? Sí No

¿Cómo describiría el nivel de actividad de su hijo?

¿Puede su hijo...?

Abotonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Desabotonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cerrar cremalleras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Abrochar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ir al baño solo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Tiene su hijo compañeros de juego? Sí No

¿Su hijo habla con sus compañeros de juego? Sí No

¿Cómo se lleva su hijo con sus compañeros de juego?

¿Cómo reacciona su hijo ante nuevas personas?



¿Cuántas palabras en promedio usa su hijo por frase?

- 2-3 palabras
 4-5 palabras
 5+ palabras

¿Cómo reacciona su hijo a situaciones nuevas?

¿Ha tenido su hijo una infección de oído?

- Sí No

¿Cómo expresa su hijo la ira o la frustración? ¿Cómo responde usted a ello? ¿Qué ayuda a calmarlos cuando están molestos, enojados o heridos? ¿Cómo les disciplina?

Si es así, ¿cuántas?

¿Hay alguna tradición o celebración especial que le gustaría compartir con nosotros sobre su familia?

¿Su hijo ha tenido alguna experiencia de guardería/preescolar antes de esta?

- Sí No
 Guardería
 Cuidado en casa
 Preescolar

¿Hay alguna otra información o inquietud que le gustaría compartir sobre su hijo?

¿Ha estado su hijo separado de usted durante largos períodos de tiempo?

- Sí No

¿Cómo reaccionó su hijo a esta experiencia?

¿Qué tipo de juguetes o actividades le gusta usar a su hijo?

¿Qué tan activo físicamente es su hijo?

¿Qué le hace feliz o estar más orgulloso de su hijo y qué le resulta más difícil?



INFORMACIÓN DEL IDIOMA MATERNO

Inglés:

What is the language that the student first learned to speak? _____

What is the primary language spoken by the student's parents or guardians where the student lives?

What is the primary language spoken by the student when s/he is at home? _____

Español:

¿Cuál es el idioma que el estudiante aprendió a hablar primero? _____

¿Cuál es el primer idioma hablado por los padres o los tutores donde vive el estudiante? _____

¿Cuál es el primer idioma hablado por el estudiante cuando está en la casa?

Francés:

Quelle est la langue que l'étudiant a appris la première fois à parler?

Ce qu'est la langue primaire parlée par les parents ou les gardiens de l'étudiant où les étudiants vit?

_____ Ce qui est la langue primaire parlée par l'étudiant quand sil est à la domicile?

Portugués:

Che cosa è la lingua che l'allievo in primo luogo ha imparato che parlate?

_____ Che cosa è la lingua primaria parlata dai genitori o dai guardiani

del l'allievo in cui gli allievi vive? _____

Che cosa è la lingua primaria parlata quando el

casa? _____

Otro: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra molde del padre/tutor: _____

Adaptado del formulario del Cuestionario de Desarrollo de las Escuelas Públicas de Norwalk y de la Encuesta sobre el Idioma del Hogar



Autorización para la recogida / hoja de contacto de emergencia

Yo, _____, doy permiso a las siguientes personas para que recojan a mi hijo, _____, en Maritime Odyssey Preschool. Entiendo que solo las personas que figuran en este formulario estarán autorizadas a recoger a mi hijo.

Entiendo que se requiere una identificación con foto para recoger a mi hijo del programa. Estoy de acuerdo en mostrar una identificación a petición. Entiendo que a las personas autorizadas en esta lista se les pedirá que proporcionen una identificación y se comprobará con este formulario. Si la persona que intenta recoger a mi hijo no está en este formulario o si hay alguna pregunta, se pondrán en contacto conmigo y mi hijo no podrá salir del programa hasta que yo envíe una autorización por correo electrónico desde mi correo electrónico registrado. Cualquier niño entre 13 y 18 años que esté autorizado para ser recogido con el consentimiento de los padres debe mostrar una identificación escolar con foto. Ningún niño menor de 13 años podrá recoger a otro niño.

Entiendo que si tengo la custodia total de mi hijo y no deseo que su padre/madre/tutor legal recoja a mi hijo, tendré que presentar una orden judicial que demuestre los derechos de custodia total. He leído y entendido esta política. Por la presente, eximo de toda responsabilidad a Maritime Odyssey Preschool, sus oficiales, agentes y empleados, de cualquier responsabilidad o reclamación que pueda surgir u ocurrir en relación con el hecho de que mi hijo sea recogido del programa por una persona alternativa autorizada en mi ausencia.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Persona alternativa #1:
Nombre: _____
Nro. de Teléfono: _____

Persona alternativa # 2:
Nombre: _____
Teléfono: _____

Persona alternativa #3:
Nombre: _____
Nro. de Teléfono: _____

Persona alternativa # 4:
Nombre: _____
Teléfono: _____

Persona alternativa #5:
Nombre: _____
Nro. de Teléfono: _____

Persona alternativa # 6:
Nombre: _____
Teléfono: _____

Persona alternativa #7:
Nombre: _____
Nro. de Teléfono: _____

Persona alternativa # 8:
Nombre: _____
Teléfono: _____

Persona alternativa #9:
Nombre: _____
Nro. de Teléfono: _____

Persona alternativa # 10:
Nombre: _____
Teléfono: _____

El siguiente individuo es mi hijo que tiene entre 13 y 16 años y está autorizado a recoger a su hermano matriculado en Maritime Odyssey Preschool.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____



Nombre: _____
Nro. de Teléfono: _____

Nombre: _____
Teléfono: _____

PERMISO PARA VIAJE DE CAMPO Y AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA PADRES/TUTORES

A lo largo del año escolar, Maritime Odyssey Preschool realizará excursiones a varios destinos, entre los que se incluye, entre otros, el Acuario Marítimo. Las excursiones se diferenciarán en el tiempo de viaje, la distancia y la duración (dependiendo de las exhibiciones y/o actividades). Su hijo será transportado a los destinos de las excursiones en un autobús escolar de First Student, equipado con cinturones de seguridad.

Este formulario de Permiso para Viaje de Campo y Autorización Médica para Padres/Tutores da consentimiento a Maritime Odyssey Preschool para llevar a su hijo a todos los viajes de campo, sin importar el destino, sin que tenga que dar un consentimiento adicional, mientras mi hijo esté inscrito en el programa. Si usted no da su consentimiento para que su hijo asista a las excursiones, él/ella será excluido del programa en los días de excursión programados.

Necesidades Médicas (Ponga sus iniciales y complete según corresponda):

_____ Mi hijo **NO** tiene necesidades especiales de salud que el personal deba conocer, y **NO** se requiere ningún medicamento en los viajes de campo. Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad mantener a Odyssey al día de las necesidades médicas de mi hijo durante el tiempo que esté inscrito en el programa. Además, estoy de acuerdo en notificar al personal de Maritime Odyssey Preschool si hay algún cambio en las necesidades médicas de mi hijo.

_____ Mi hijo tiene la siguiente necesidad médica especial: _____
He presentado los siguientes documentos médicos y medicamentos al Director de Inscripción de la escuela:

- Plan de atención del médico de cabecera de mi hijo
- Formulario de administración de medicamentos
- Nombre del (de los) medicamento(s) _____

En caso de que mi hijo sufra una emergencia médica, el personal de Maritime Odyssey Preschool seguirá el protocolo establecido en el Manual para Padres. Por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo sea transportado en ambulancia al hospital más cercano y para que se realice cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, quirúrgico o dental y atención hospitalaria que se considere necesario a juicio del médico, cirujano o dentista que lo atienda y sea realizado por o bajo la supervisión de un miembro del personal médico del hospital o de la instalación que preste servicios médicos o dentales.

Por la presente, eximo de toda responsabilidad a Maritime Odyssey Preschool, sus oficiales, agentes y empleados, de cualquier responsabilidad o reclamación que pueda surgir u ocurrir en relación con la participación de mi hijo en cualquier viaje de campo patrocinado por Odyssey. Entiendo además que las excursiones tienen ciertos riesgos y que se harán intentos razonables para salvaguardar a mi hijo.

_____ Doy mi consentimiento a Maritime Odyssey Preschool para que lleve a mi hijo a todas las excursiones.

_____ **NO** doy mi consentimiento a Maritime Odyssey Preschool para llevar a mi hijo a excursiones.

Nombre del niño: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Firma: _____ Fecha: _____



Fotografía, publicidad y liberación.

Yo, _____, doy permiso a Maritime Odyssey Preschool para que utilice el nombre, apariencia, imagen, voz y/o aspecto de mi hijo menor de edad para que pueda ser incorporado en cualquier foto, fotografía, grabación de vídeo, cintas de audio, imágenes digitales y similares, tomadas por o hechas en nombre de Maritime Odyssey Preschool. Estoy de acuerdo en que Maritime Odyssey Preschool sea el propietario total de dichas fotografías, etc., incluyendo los derechos de autor, y que pueda utilizarlas para cualquier propósito coherente con la misión de Maritime Odyssey Preschool. Estos usos pueden incluir, entre otros, ilustraciones, boletines, exposiciones, cintas de vídeo, reimpressiones, reproducciones, publicaciones, anuncios y cualquier material promocional o educativo en cualquier medio conocido o desarrollado posteriormente, incluyendo Internet.

Reconozco que no recibiré ninguna compensación por el uso de tales imágenes, etc. Además, yo, en mi nombre y en el de mi hijo, por la presente libero a Maritime Odyssey Preschool y a cualquier entidad relacionada, ya sea que esté incorporada por separado o no, incluyendo pero no limitándose a los miembros, directores, funcionarios, ejecutivos, administradores, empleados, agentes, representantes, voluntarios, aseguradores, reaseguradores de las entidades relacionadas (colectivamente referidos como los "Liberaciones") de cualquier y todas las reclamaciones y/o daños que puedan surgir o que estén de alguna manera relacionados con dicho uso.

He leído y comprendido la fotografía, publicidad y liberación

_____(Firma)

Nombre en letra de molde: _____

Doy mi consentimiento a Maritime Odyssey Preschool para usar el nombre y la imagen de mi hijo para promover el programa, y/o sus actividades.

_____(iniciales)

No doy consentimiento a Maritime Odyssey Preschool para que use el nombre y la imagen de mi hijo para promover el programa y/o sus actividades.

_____(iniciales)



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Mes Día Año

Seguro Dental: Husky ID# _____ ID de Seguro Privado # _____

Querida familia de Odyssey,

Soy la Dra. Carol Felder, la odontóloga de Maritime Odyssey Preschool. He sido dueña de mi consultorio privado y he proporcionado servicios dentales a los residentes de Norwalk durante más de 10 años. Maritime Odyssey Preschool y yo nos hemos asociado para proporcionar servicios de atención dental de calidad y convenientes para su hijo. Le proporcionaré atención dental como examen, limpieza y tratamiento con flúor para su hijo durante el horario escolar. Los padres no tendrán que faltar al trabajo y su hijo no perderá el horario escolar para recibir atención dental. Si tiene alguna pregunta o quiere discutir la salud dental de su hijo conmigo, por favor siéntase libre de llamarme en cualquier momento. Espero mantener la sonrisa de su hijo sana.

Sonrisas,
Dr. Carol Felder

1. Autorizo el tratamiento dental de la Dra. Carol Felder, higienista y personal de la institución. Entiendo que el tratamiento dental se llevará a cabo en el centro de aprendizaje de mi hijo durante el horario escolar.
2. Soy el padre/tutor legal del niño mencionado anteriormente.
3. Los siguientes procedimientos pueden ser realizados en su hijo:
 - Examen dental
 - Radiografías dentales
 - Limpieza
 - Aplicación de flúor
 - Sellantes
 - Obturaciones
 - Extracciones (extracción de dientes de leche)
 - Tratamiento de las encías con anestesia local (medicina para adormecer)
4. Aunque no es frecuente, pueden producirse riesgos y complicaciones con los procedimientos de cirugía dental y bucal. Los riesgos y complicaciones incluyen, entre otros: la posibilidad de dolor o molestias durante el tratamiento, inflamación, infección, hemorragia, lesión de los dientes adyacentes y del tejido circundante, entumecimiento temporal o permanente y reacciones alérgicas.
5. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que yo decida terminarlo.
6. También entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento para el tratamiento dental en cualquier momento.
7. Por la presente reconozco que he leído y entendido este formulario de consentimiento.
8. Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo y dirijo a la Dra. Carol Felder y al personal de su elección, a realizar a mi hijo, a quien estoy facultado para autorizar, el tratamiento dental o los procedimientos de cirugía oral que aquí se explican.

RECHAZO EL CONSENTIMIENTO DENTAL Y NO QUIERO QUE MI HIJO SEA VISTO POR LA DRA. CAROL FELDER.



MANUAL/ACUERDO DE PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

ACUERDO DEL MANUAL

He leído y entendido el contenido del Manual de Padres de Maritime Odyssey Preschool. Entiendo que el contenido son las políticas y procedimientos del programa y estoy de acuerdo en cumplir con las prácticas del mismo. Si tengo dudas o preguntas, las discutiré con la dirección de la escuela antes de firmar este documento.

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

Como padre en Maritime Odyssey Preschool, entiendo que es importante participar en la educación de mi hijo. **Estoy de acuerdo en asistir al menos a 2 talleres para padres y/o eventos patrocinados por Maritime Odyssey Preschool.**

Firma del padre o tutor _____

Fecha _____

