

# Kids' Cove Extended Day Program

Atlantis Charter School

991 Jefferson Street  
Fall River, Massachusetts 02721  
Tel. 508-672-1821 Fax. 508-672-1397



## K-8 Formulário de Inscrição 2017- 2018

Para garantir o número adequado de instrutores, os pais precisam de registrar e pagar com antecedência os dias exatos, cada semana, que os seus filhos(as) irão frequentar o Programa Kids' Cove. Infelizmente, não serão reembolsados por dias não usados. Não haverá restituição dada por qualquer motivo. Entre em contato com Donalda Silva se você tiver alguma dúvida. Obrigado.

**Você deve completar todas as seções deste formulário e devolvê-lo `a escola Atlantis junto com a taxa de inscrição não-reembolsável de \$25 por família. Por favor, faça o cheque para Atlantis Charter.**

Você precisa que esta informação seja traduzida em sua língua nativa? \_\_SIM\_\_NÃO  
Se SIM, por favor preencha a caixa apropriada: Português Espanhol Outra: \_\_\_\_\_

### Aluno

Nome \_\_\_\_\_ Grau \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Feminino  
Endereço: \_\_\_\_\_ (se diferente dos pais)  
Numero de Telefone: \_\_\_\_\_

### PAIS/GUARDIÕES

Nome \_\_\_\_\_ Relacionamento \_\_\_\_\_  
Endresso: \_\_\_\_\_  
Telefone de Casa \_\_\_\_\_  
Companhia/Patrão \_\_\_\_\_  
Endreço do Trabalho: \_\_\_\_\_  
Telefone do Trabalho \_\_\_\_\_ Telefone durante o dia \_\_\_\_\_

### Informação de Identificação da criança:

Côr dos Olhos \_\_\_\_\_ Côr do Cabelo \_\_\_\_\_  
Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
Sinais/Marcas \_\_\_\_\_

*Por favor complete o outro lado*

# Kids' Cove

Atlantis Charter School

Nome do Estudante: \_\_\_\_\_

Há documentação em arquivo na ACS de um exame físico, registro de imunização e rastreio de chumbo?

SIM

NÃO

Os seguintes indivíduos são os únicos que têm a minha permissão para pegar o meu filho(a) do Kids' Cove. Eu tenho consciência de que é a minha responsabilidade notificar o Kids' Cove se eu desejar adicionar ou remover todos os nomes desta lista.

**Por favor note:** os nomes listados aqui devem corresponder aos mesmos nomes listados no formulário na inscrição estudantil da ACS.

- **Todas as vezes – Que qualquer pessoa venha buscar uma criança no Kids' Cove**
  - incluindo os pais/tutores –
- deve mostrar uma identificação com foto,**

Nome	Relationamento	Telefone #

## Comentários...

(Por favor, inclua o tempo que você normalmente vem pegar o seu filho(a) e qualquer outra informação que possa ser útil para a nossa equipe).

Ao assinar este formulário de inscrição, eu (nome do pai/mãe) \_\_\_\_\_, compreendo que eu sou o único responsável por todas as taxas incorridos durante a utilização dos serviços deste programa de antes e depois do dia escolar da Atlantis Charter. Também, eu dou a minha permissão para que minha criança participe em todas as atividades em curso programadas regularmente, situadas na área da escolar, assim como excursões a pé.

Pai/Mãe/Guardião \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

# Kids' Cove Extended Day Program



Nome do  
Estudante \_\_\_\_\_

Grau: \_\_\_\_\_

## Autorização de Primeiros Socorros & Atendimento Médico de Emergência

Eu entendo que alguns membros do pessoal do Kids' Cove são treinados em CPR e primeiros socorros. Eu autorizo estes indivíduos a dar CPR e primeiros socorros à minha criança quando apropriado. Eu entendo que o meu filho(a) pode participar de atividades envolvendo produtos alimentares durante o Kids' Cove. Vou identificar todas as alergias alimentares no espaço fornecido abaixo.

Eu compreendo que todos os esforços serão feitos para contatar-me no caso de uma emergência que requeira atenção médica para a minha criança. No entanto, se não puder ser contactado, autorizo o programa a transportar o meu filho para a instalação médica mais próxima.

O seu filho(a) tem alguma alergia crônica e ou alergias alimentares? \_\_\_\_\_

O seu filho(a) tem alguma condição de saúde crônica? \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Seguro de saúde \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_

Hospital preferido \_\_\_\_\_

O seu filho(a) tem alguma necessidade especial? \_\_\_\_\_

### Contatos de Emergência (pessoa a ser contactada no caso de uma situação de emergência)

1. Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Relationamento: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Relationamento: \_\_\_\_\_

3. Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Relationamento: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Mãe/Guardião \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_