

**JEFFERSON PARISH PUBLIC SCHOOLS  
SCHOOL BASED CHILD CARE  
REGISTRATION AND HEALTH INFORMATION**

<b>DATE:</b> _____	AMOUNT PAID: _____
<b>SITE:</b> _____	DATE PAID: _____
	Registration check #: _____

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: **LA** Zip: \_\_\_\_\_

Mother/ Guardian _____	Cell Phone: _____	Home Phone: _____	Work Phone: _____
Father/ Guardian _____	Cell Phone: _____	Home Phone: _____	Work Phone: _____

**CHILD CARE MAY CALL THE FOLLOWING IF I CAN NOT BE REACHED:**

Name _____	Relationship _____	Phone _____
Name _____	Relationship _____	Phone _____
Name _____	Relationship _____	Phone _____
Doctor _____	Phone _____	
Hospital _____	Phone _____	

**LEASE NOTE THAT YOUR CHILD WILL NOT BE RELEASED TO ANYONE OTHER THAN THOSE LISTED ABOVE**

**EMERGENCY PARENTAL PERMISSION:** In case of injury or serious illness, I request the school to contact me. If the school is unable to reach me, I hereby authorize the school to call the doctor indicated above and to follow his/her instructions. If it is impossible to contact this doctor, the school may make whatever arrangements are necessary. \_\_\_\_\_ Please initial

**HEALTH INFORMATION:** Please circle yes or no if any of the following pertains to your child.

**MY CHILD HAS/IS:**

Allergies	yes *	no	* If yes please list: _____	
Blind/Partial Sight	yes	no	<b>REQUIRES MEDICATION</b>	yes * no
Confined to wheel chair	yes	no	Asthma	yes no
Diabetes	yes	no	Cerebral Palsy	yes no
Epilepsy	yes	no	Deaf /Hard of Hearing	yes no
Muscular Dystrophy	yes	no	Severe speech problems	yes no

\* If student is required to take medication during Child Care the proper paper work must be completed and reviewed by the nurse before the student can start the Child Care program. See Director for paper work.

Special Education Classification: \_\_\_\_\_ Other medical problems: \_\_\_\_\_

<b>CHILD CARE FEES:</b>	<b>NO CASH ACCEPTED/NO REFUNDS/NO CREDITS</b>	My Child will attend: (Circle one)
<b>REGISTRATION: \$20.00</b> (No Emp. Discount)	<b>CHILD CARE FEES:</b> \$20.00 A.M. \$27.00 P.M. \$32.00 A.M. & P.M.	AM Care PM Care AM & PM Care

<b>DROP IN FEES:</b> \$5.00 per child drop in A.M. \$7.00 per child drop in P.M. \$11.00 per child drop in A.M. & P.M.	All Current Jefferson Parish Public School System employees will receive a 10% Discount for their children. Proof of employment must be given at registration.
--	--

**HOLIDAY CARE:** FULL DAY \$25.00 1/2 DAY \$15.00 When available. Student must be registered in Child Care to attend

**CHILD CARE REGULATIONS: PLEASE READ THE FOLLOWING & THE CHILD CARE PARENT HANDBOOK**

- Your child will be released only to persons listed on this registration form.
- All tuition is due on the first school day of the week. A penalty fee of \$5.00 per day/per family will be charged for all late payments including drop-in fees. **If payment is not received by Friday, the student(s) may not attend until payment is made.**
- All checks and money orders must be made payable to the school.
- Any NSF checks must be cleared with the school account clerk with a fee of 25.00. Name, address, child's name and phone number must be on all checks.
- A late fee is collected for children picked up after 6 p.m. closing. (\$1.00 for each additional minute) FEES ARE PER FAMILY. After 3 occurrences, your child may be dismissed from the Child Care Program.
- No child care will be provided on early release days.
- Discipline problems may result in dismissal from the Child Care Program.
- A charge of \$15.00 is required for additional copies.
- Parent can pay weekly fees online at [www.jpschools.schoolcashonline.com](http://www.jpschools.schoolcashonline.com), processing fee is included with online price.

**I HAVE READ THE ABOVE LISTED CHILD CARE REGULATIONS, RECEIVED A COPY OF THE CHILD CARE PARENT HANDBOOK AND UNDERSTAND MY RESPONSIBILITY TO THE PROGRAM.**

Parents/Guardians Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PARROQUIA DE JEFFERSON**  
**CUIDADO INFANTIL EN ESCUELA**  
**INFORMACION SOBRE REGISTRACION Y SALUD**

<b>Spanish Version</b>	Amount Paid _____
DATE _____	Date Paid _____
	Check # _____

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estate: LA Código Postal: \_\_\_\_\_

Madre/

Guardián \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Padre/

Guardián \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

EL CUIDADO INFANTIL PUEDE LLAMAR A LA(S) SIGUIENTES PERSONAS EN CASO DE QUE NO PUEDAN CONTACTARME:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**\*Por favor tenga en cuenta que su hijo/a no será entregado a ninguna persona que no aparezca en la lista arriba indicada.\***

**PERMISO DE EMERGENCIA DE LOS PADRES:** En caso de una lesión o enfermedad, solicito a la escuela ser contactado. Si la escuela no puede contactarme, autorizo a la escuela a llamar al medico arriba indicado y seguir sus instrucciones.

Si no es posible contactar al medico, la escuela podrá hacer cualquier arreglo que sea necesario. \_\_\_\_\_ Por favor ponga sus iniciales.

**INFORMACIÓN DE SALUD:** Por favor encierre si o no si alguna de las siguientes se aplica a su hijo/a.

**SU HIJO/A TIENE/ES:**

Alergias si \* no \* Si su respuesta es si, por favor detallar: \_\_\_\_\_

Ceguera/ Visión Parcia si no **REQUIERE MEDICAMENTO:** si \* no \* Si el/la estudiante necesita tomar

Usa silla de ruedas si no Asma si no medicamentos durante el Cuidado Infantil,

Diabetes si no Parálisis Cerebral si no unas formas deberán de ser completadas y

Epilepsia si no Sordo/ Dificultades para si no revisadas por la enfermera antes de que

Distrofia Muscular si no Problemas de lenguaje si no comience el Cuidado Infantil. Ver al

Director/a para las formas.

Clasificación de Educación Especial: \_\_\_\_\_ Otros problemas médicos: \_\_\_\_\_

**COSTOS DE CUIDADO INFANTIL:** IN ACEPTA DINERO EN EFECTIVO / SIN REEMBOLSOS / SIN CREDITO Mi hijo/a asistirá a: (Encierre Uno)

<b>REGISTRACIÓN:</b> \$ 20.00	<b>COSTOS DE CUIDADO INFANTIL:</b> \$20.00 A.M. \$27.00 P.M. \$32.00 A.M. Y P.M.	Cuidado AM Cuidado PM Cuidado AM y PM
<b>COSTOS POR SERVICIOS:</b> \$5.00 Costo por servicios por niño A.M. \$7.00 Costo por servicio por niño P.M. \$11.00 Costo por servicio por niño A.M./P.M.	Todos los empleados de las Escuelas Públicas de la Parroquia de Jefferson recibirán un 10% de descuento. Prueba de empleo deberá ser presentada en el momento de la registraci3n.	
<b>SERVICIOS DURANTE DIAS FERIADOS: DIA COMPLETO \$25.00 1/2 DIA \$15.00 (cuando este disponible)</b>		

**REGULACIONES DEL CUIDADO INFAN LEA LO SIGUIENTE Y EL MANUAL DE CUIDADO INFANTIL PARA PADRES**

1. Su hijo/a será entregado solamente a las personas que aparecen en la lista del formulario de registraci3n.
2. Toda la matrícula debe pagarse el primer día escolar de la semana. Se cobrará una multa de \$ 5.00 por día / por familia para todos hara a todo pago hecho tarde mas el costo por servicio. Si el pago no se recibe antes del viernes, el estudiante no podrá asistir hasta hacer el pago.
3. Todos los cheques y giros postales deberán de ser hechos a nombre de la escuela.
4. Cualquier cheque sin fondo deberá de ser pagado a la contadora de la escuela más un recargo de \$25. Nombre, direcci3n, nombre del niño/a y numero de teléfono deberá de aparecer en cada cheque.
5. Un cargo por demora se hará por niño/a que se recoja después de las 6:00 p.m. (\$1.00/minuto adicional)TARIFAS POR FAMILIA. Después de 3 referencias, su hijo/a será removido/a del Programa Cuidado Infantil.
6. No se proveera cuidado infantil en días de salida temprana.
7. Problemas disciplinarios podrán resultar en la salida del Programa de Cuidado Infantil.
8. Un cargo adicional de \$15 será necesario para copias de recibos.
9. Los padres pueden pagar tarifas semanales en línea en [www.jpschools.schoolcashonline.com](http://www.jpschools.schoolcashonline.com), la tarifa de procesamiento se incluye con el precio en línea.

**HE LEIDO LA LISTA DE REGULACIONES SOBRE EL CUIDADO INFANTIL, Y HE RECIVIDO UNA COPIA DEL MANUAL DE CUIDADO INFANTIL PARA PADRES, Y COMPRENDO MIS RESPONSABILIDADES CON EL PROGRAMA.**

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Revised 7/2020

|

.

.

.

.

.

|

1

.

|

.

.

.

.

|

.