



REQUISITOS DEL PARTICIPANTE

Solicitud de Ingreso completada en todas sus partes:

- formulario # 1 (4 partes)
- formulario # 2 (normas y reglas)
- formulario # 3 (Certificación Médica)
- formulario # 4 (Autorización de fotografías y material audiovisual)
- formulario # 5 (Relevó de responsabilidad)

Copia de Tarjeta del plan médico (copia legible)

2 fotos 2 x 2

Sección comienza:

Fecha límite para entregar documentos:

Sólo para uso oficial

Documentos entregados en su totalidad el: _____

Recibidos por: _____ Fecha de comienzo: _____

Fecha de pago: _____ Cantidad: \$ _____

Método de pago: _____

TALLERES DE COCINA - THE LITTLE CHEF

HOJA DE INSCRIPCIÓN

Fotos
2 x 2

Favor de entregar solicitud con:

- ✓ 2 Fotos 2x2
- ✓ Certificado Médico
- ✓ Fotocopia tarjeta de plan médico
- ✓ Normas y Reglas firmadas

Meses: ___ Junio ___ Julio

Semanas:

Nombre: _____ Edad: _____ Tel. Res.: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección completa: _____

Padre, Madre o Encargado: _____

Ocupación: _____ Tel. trabajo: _____

Celular: _____ E-mail: _____

En caso de emergencia favor de notificar a:

Nombre: _____ Relación con el menor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Persona(s) **autorizada(s)** a recoger a su hij@ y parentesco (incluya padres o encargados autorizados):

Nombre	Parentesco con el menor	Teléfonos	Comentarios
1.			
2.			
3.			
4.			

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso y razón: _____

INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO FAMILIAR

Plan Médico: _____

Nombre del asegurado principal: _____

Relación con el menor: _____ # de Contrato: _____

de Grupo: _____ Fecha de inicio: _____

Fecha de expiración: _____

HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑ@

Nombre del Pediatra: _____ Tel. _____

¿Tiene su hijo/a alguna condición?: _____

¿Esta su hijo/a tomando algún medicamento para esta condición?: _____

Otros medicamentos que esté tomando su hijo/a actualmente y la razón: _____

¿Qué actividades su hijo/a no podría llevar a cabo?: _____

Operaciones que haya tenido (explique): _____

CONDICIONES O SITUACIONES ESPECIALES

Favor de marcar:	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Comentarios y medicamentos:*</u>
Es alérgico a los animales (¿cuáles?)	_____	_____	_____
Es alérgico a picadas (¿cuáles?)	_____	_____	_____
Es alérgico a algún alimento (Indique los que no le gusten o no coma)	_____	_____	_____
Es alérgico a algún medicamento (¿cuál?)	_____	_____	_____
Es distraído/a (explique)	_____	_____	_____
Es hiperactivo/a (explique)	_____	_____	_____
Es asmático/a	_____	_____	_____
Es epiléptico/a	_____	_____	_____
Es diabético	_____	_____	_____
Es reservado/a o tímido/a	_____	_____	_____
Manifiesta algún miedo o fobia	_____	_____	_____
Necesita ayuda para vestirse	_____	_____	_____
Tiene alguna condición en la piel	_____	_____	_____
Tiene dificultad al caminar	_____	_____	_____
Tiene dificultad para hablar	_____	_____	_____
Tiene dificultad para hacer amigos	_____	_____	_____
Tiene dificultad para compartir	_____	_____	_____
Utiliza audífono	_____	_____	_____
Utiliza prótesis	_____	_____	_____
Utiliza espejuelos o lentes de contactos	_____	_____	_____
Padece de infección de oído frecuente	_____	_____	_____
Puede realizar actividades al aire libre	_____	_____	_____
Puede realizar ejercicios vigorosos	_____	_____	_____
Puede utilizar la piscina	_____	_____	_____
Otro (explique) (si no aplica favor de escribir N/A)	_____		

* El director y/o personal no suministra ningún tipo de medicamentos.

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

1. Autorizo a la dirección y/o personal de *Talleres de Cocina - The Little Chef* a:

- Proveer servicios de primeros auxilios y, en caso de emergencia, transportar a mi hij@ al hospital más cercano.
- Que el médico seleccionado administre tratamiento de emergencia, rayos X, pruebas rutinarias y en caso necesario, hospitalización.
- Revelar cualquier información suministrada en este formulario que sea necesaria para tratamiento, referido, cobro o propósito del seguro.
- Que mi hij@ utilice la transportación suministrada, al hospital, médicos, o todo lo relacionado con cualquier actividad en los talleres.

2. Entiendo que:

- De mi hij@ requerir asistencia médica mi aseguradora personal será considerada como plan primario y como secundario el seguro provisto por *Talleres de Cocina - The Little Chef*. En caso de algún participante necesitar asistencia medica y/o hospitalaria los padres asumirán los gastos y luego nuestro seguro de reembolsará.
- *Talleres de Cocina - The Little Chef* tiene la autoridad de determinar los términos y condiciones en las cuales mi hij@ asistirá al campamento y la manera en que puede beneficiarse y tiene la autoridad de dar por finalizado la participación de mi hijo/a de no adaptarse a las normas, actividades o que su comportamiento sea perjudicial para sus compañeros; **sin derecho a devolución de dinero.**
- Solamente las personas autorizadas por mí podrán recoger a mi hij@.
- Omitir alguna información en el historial de salud con relación a algún impedimento o condición que tenga mi hij@ releva de toda responsabilidad a *Talleres de Cocina - The Little Chef*.
- **Mi hij@ tiene que estar acompañado diariamente por una adulto autorizado que firme su entrada y salida del campamento.**

3. Yo, _____ declaro que mi hijo/a
nombre del padre, madre o encargado

No

nombre de mi hij@

tiene alguna condición o impedimento que necesita adaptación para poder llevar a cabo las actividades diarias que se realizan en los talleres.

Leí, firmé, entendí y completé este formulario con toda la información correcta.

Nombre del padre, madre o encargado

Firma

Nombre del participante

Fecha



NORMAS Y REGLAS

1. *Talleres de Cocina - The Little Chef* se reserva el derecho de admisión.
2. La primera sección de los talleres es el 3 al 28 de junio de 2019 y la segunda sección del 1 al 26 de julio de 2019. El costo es de \$400.00 por sección por niño. Incluye merienda y todos los materiales de los talleres. El pago deberá realizarse en su totalidad al momento de entregar todos los documentos requeridos. No habrá devolución de dinero. **Los métodos de pagos son efectivo, cheques (a nombre de Iris Vélez), visa, master card o american express.**
3. Los días 4 y 25 de julio no habrá talleres.
4. *Talleres de Cocina - The Little Chef* tiene el poder de dar por finalizado la participación de cualquier participante que no se adapte a las normas, actividades o que su comportamiento sea perjudicial para su seguridad o la de sus compañeros. **Sin derecho a devolución de dinero.**
5. El expediente del participante tiene que estar completo y con las firmas correspondientes por lo menos una semana antes de comenzar los talleres.
6. Por ley, ningún participante puede iniciar en los talleres sin entregar la Certificación Médica. El participante que no haya entregado este documento no comenzará hasta que complete este requisito, aunque haya pagado. (no hay reposición ni sustitución de días por ausencias).
7. Las pertenencias del participante tienen que estar identificadas con su nombre. Utilice marcador permanente en las etiquetas.
8. El horario de servicio es 9:00am a 1:00pm. Deberá recoger su hij@ a tiempo. **Se cobrará \$5.00 por hora o fracción al utilizar el horario extendido.**
9. El proceso de entrada y salida siempre se hace a través de un adulto autorizado por nuestra administración. Ningún participante puede abandonar nuestras facilidades sin autorización y entrega a un adulto o persona autorizada. La persona que recoja al participante tiene que estar autorizada y dispuesta a presentar una identificación con foto.
10. Una vez que haya firmado por la salida de su hijo/a usted es completamente responsable de él. No lo deje sin atender por el área.
11. Infórmele al personal de *Talleres de Cocina - The Little Chef* cualquier condición de salud que presente su hij@ ese día.
12. Si el participante se siente indispuesto o con fiebre NO PODRÁ presentarse. (catarro, piojos, asma, etc.)
13. Esta permitido traer celulares, CD Players y juegos electrónicos. Los celulares podrán ser utilizados solo después de terminadas las tareas. Los demás se podrán utilizar en los momentos de descanso o cuando la maestra lo indique. De lo contrario se le retendrán hasta que el padre lo recoja.

- 14. En caso de que el participante se sienta mal o indispuesto deberá notificarlo a los maestros y estos a su vez notificaran a la persona encargada. No deberán llamar a los padres sin antes avisar al maestro.
- 15. Están prohibidas las prendas. No somos responsables. La oficina está en la mejor disposición de notificar cualquier necesidad o emergencia que ocurra tanto de parte del participante como de los padres.
- 16. No habrá reposición o sustitución de días o de participante ni devolución de dinero por días ausentes.
- 17. La vestimenta para las niñas es: cabello recogido completamente, pantalones a la rodilla o cortos (no muy cortos), zapatos cerrados (tenis o crocs) camisas con mangas. Para los niños pantalones cortos (no muy cortos), zapatos cerrados (tenis o crocs) camisas con manga.
- 18. Si por alguna razón los padres quisieran hablar con el director deberá hacer una cita previa.

Yo _____, **padre, madre o encargado de**
Nombre del padre

_____ **he recibido una copia de las “Normas y**
Nombre del niñ@

Reglas” (Formulario #2) y me comprometo a cumplirlas a cabalidad las mismas y acepto que de incurrir en cualquier falta o incumplimiento de estas normas o de poner en riesgo la seguridad de los participantes puede conllevar la expulsión del participante.

Nombre del padre, madre o encargado

Firma del padre, madre o encargado

Fecha



CERTIFICACIÓN MÉDICA

Para ser completada por el médico.

Nombre del paciente _____ Edad _____

Favor de marcar lo siguiente:	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Comentarios, medicamentos y dosis:</u>
Puede realizar actividades al aire libre	_____	_____	_____
Puede realizar ejercicios vigorosos	_____	_____	_____
Puede utilizar la piscina	_____	_____	_____
Es alérgico a los animales (¿cuáles?)	_____	_____	_____
Es alérgico a picadas (¿cuáles?)	_____	_____	_____
Es alérgico a algún alimento (¿cuál?)	_____	_____	_____
Es alérgico a algún medicamento (¿cuál?)	_____	_____	_____
Es hiperactivo/a (explique)	_____	_____	_____
Es asmático/a	_____	_____	_____
Es epiléptico/a	_____	_____	_____
Es diabético	_____	_____	_____
Tiene alguna condición en la piel	_____	_____	_____
Tiene dificultad al caminar	_____	_____	_____
Tiene dificultad para hablar	_____	_____	_____
Tiene dificultad para escuchar	_____	_____	_____
Padece de infección de oído frecuente	_____	_____	_____
Utiliza audífono	_____	_____	_____
Utiliza prótesis	_____	_____	_____
Utiliza espejuelos o lentes de contactos	_____	_____	_____
Otros (explique) (si no aplica escriba N/A)	_____	_____	_____

¿Tiene alguna condición o impedimento físico o mental? (anote diagnóstico)

Medicamentos y dosis que toma para esta condición_____

Indique limitaciones para actividades_____

Indique alguna recomendación especial_____

* * * * *

Yo, _____, doctor en medicina, certifico que he
Nombre del médico

examinado a _____ y que, según mi examen, se
Nombre del paciente

encuentra en perfectas condiciones de salud para participar en las actividades de campamento.

Según mi evaluación, _____ NO tiene una condición especial
Nombre del paciente

que requiera atención individualizada. **Y cuenta con todas las vacunas requeridas para su edad.**

Nombre del médico en letra de molde

Firma del médico, núm. de licencia y sello estampado

Teléfonos

Fecha

Nota: favor de adherir una tarjeta del médico con la información



Relevo de responsabilidad

Yo _____, mayor de edad y padre, madre o encargado del menor _____, certifico que he dado mi autorización para que mi hij@ participe en las actividades recreativas y educativas *Taller de Cocina The Little Chef* desde el _____ hasta el _____. Entiendo que con su participación activa en actividades educativas podrían ocurrir accidentes que ocasionen algún daño físico o lesiones a mi hij@ que pudiera surgir como consecuencia de su participación directa o indirecta en los talleres y práctica. Por tanto, relevo a la administración de *Taller de Cocina The Little Chef*, e Iris Catering, Inc., organizadores, instructores y a todo el personal relacionado directa o indirectamente con el participante. Además, autorizo a la administración o cualquiera de sus representantes a transportar a mi hij@ a una sala de emergencia y/o tomar decisiones en caso de lesiones serias que ameriten la pronta intervención médica.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con lo antes expuesto.

Nombre del padre, madre o encargado

Firma

Nombre del participante

Fecha