



Admission Information

Use this form to collect all required information about a child enrolling in day care.

Directions: The day care provider gives this form to the child's parent or guardian. The parent or guardian completes the form in its entirety and returns it to the day care provider before the child's first day of enrollment. The day care provider keeps the form on file at the child care facility.

General Information

Operation's Name Frog Academy of New Community Church LLC		Director's Name Vachele Franklin	
Child's Full Name		Child's Date of Birth	Child Lives With <input type="radio"/> Both parents <input type="radio"/> Mom <input type="radio"/> Dad <input type="radio"/> Guardian
Child's Home Address		Date of Admission	Date of Withdrawal
Name of Parent or Guardian Completing Form		Address of Parent or Guardian (if different from the child's)	
List telephone numbers below where parents/guardian may be reached while child is in care.			
Parent 1 Telephone No.	Parent 2 Telephone No.	Guardian's Telephone No.	Custody Documents on File <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Give the name, address, and phone number of the responsible individual to call in case of an emergency if parents/guardian cannot be reached			Relationship
I authorize the child care operation to release my child to leave the child care operation ONLY with the following persons. Please list name and telephone number for each. Children will only be released to a parent or guardian or to a person designated by the parent/guardian after verification of ID.			
Name		Phone Number	
Name		Phone Number	
Name		Phone Number	

Consent Information

Check All That Apply:

1. Transportation

I give consent for my child to be transported and supervised by the operation's employees:

for emergency care on field trips to and from home to and from school

2. Field Trips

I give consent for my child to participate in field trips.
 I do not give consent for my child to participate in field trips.

Comments

Email Address:

Información para la inscripción

Use este formulario para recabar toda la información necesaria para inscribir a un menor en una guardería.

Instrucciones: La guardería entrega este formulario al padre o tutor del menor. El padre o tutor llena el formulario y lo entrega a la guardería antes del ingreso del menor al centro. La guardería conserva el formulario en los archivos del centro.

Información general

Nombre del centro Frog Academy of New Community Church LLC		Nombre del director Vachele Franklin	
Nombre completo del menor	Fecha de nacimiento del menor	Con quién vive el menor: <input type="radio"/> Ambos padres <input type="radio"/> La madre <input type="radio"/> El padre <input type="radio"/> Un tutor	
Dirección del menor		Fecha de ingreso	Fecha de salida
Nombre del padre o tutor que llena el formulario	Dirección del padre o tutor (si es distinta a la del menor)		
Indique los números de teléfono donde se puede localizar a los padres o al tutor cuando el niño esté en el centro.			
Teléfono del padre 1	Teléfono del padre 2	Teléfono del tutor	El expediente incluye los documentos sobre la custodia: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Indique el nombre, la dirección y el teléfono de alguien a quien llamar en caso de emergencia cuando no pueda localizarse a los padres o al tutor:			Parentesco
Autorizo a esta guardería a dejar salir a mi hijo de las instalaciones ÚNICAMENTE con las siguientes personas. Indique el nombre y teléfono de cada una de ellas. El menor solo podrá salir del centro con los padres, el tutor o la persona designada por estos, una vez mostrada la debida identificación.			
Nombre		Teléfono	
Nombre		Teléfono	
Nombre		Teléfono	

Permisos

Marque todo lo que corresponda:

1. Transporte

Doy mi permiso para que los empleados del centro transporten y supervisen a mi hijo:

Para recibir atención médica de emergencia Para participar en paseos escolares Para recogerlo y llevarlo de regreso a casa Para recogerlo y llevarlo de regreso a la escuela

2. Excursiones

Doy mi permiso para que mi hijo participe en paseos escolares.

No doy mi permiso para que mi hijo participe en paseos escolares.

Comentarios

Dirección de correo electrónico:

3. Water Activities

I give consent for my child to participate in the following water activities:

- water table play sprinkler play splashing/wading pools swimming pools aquatic playgrounds

4. Receipt of Written Operational Policies (Check All that Apply)

I acknowledge receipt of the facility's operational policies, including those for:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discipline and guidance | <input type="checkbox"/> Procedures for release of children |
| <input type="checkbox"/> Suspension and expulsion | <input type="checkbox"/> Illness and exclusion criteria |
| <input type="checkbox"/> Emergency plans | <input type="checkbox"/> Procedures for dispensing medications |
| <input type="checkbox"/> Procedures for conducting health checks | <input type="checkbox"/> Immunization requirements for children |
| <input type="checkbox"/> Safe sleep | <input type="checkbox"/> Meals and food service practices |
| <input type="checkbox"/> Procedures for parents to discuss concerns with the director | <input type="checkbox"/> Procedures to visit the center without securing prior approval |
| <input type="checkbox"/> Procedures for parents to participate in operation activities | <input type="checkbox"/> Procedures for parents to contact Child Care Licensing (CCL), DFPS, Child Abuse Hotline, and CCL website |

5. Meals

I understand that the following meals will be served to my child while in care:

- None Breakfast Morning snack Lunch Afternoon snack Supper Evening snack

6. Days and Times in Care

My child is normally in care on the following days and times:

Day of the Week	A.M.	P.M.
Monday		
Tuesday		
Wednesday		
Thursday		
Friday		
Saturday		
Sunday		

Authorization For Emergency Medical Attention

In the event I cannot be reached to make arrangements for emergency medical care, I authorize the person in charge to take my child to:

Name of Physician	Address	Phone Number
Name of Emergency Care Facility	Address	Phone Number

I give consent for the facility to secure any and all necessary emergency medical care for my child.

Signature — Parent or Legal Guardian

3. Actividades acuáticas

Doy mi permiso para que mi hijo juegue en:

- Mesas con agua
 Actividades con rociadores
 Chapoteaderos
 Piscinas
 Parques acuáticos

4. Acuse de recibo de las normas operativas por escrito (marque todo lo que corresponda)

Acuso recibo de las normas operativas del centro, incluidas las relacionadas con:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Disciplina y orientación | <input type="checkbox"/> Procedimiento para dejar salir a los menores |
| <input type="checkbox"/> Suspensión y expulsión | <input type="checkbox"/> Enfermedades y criterios de exclusión |
| <input type="checkbox"/> Planes en casos de emergencia | <input type="checkbox"/> Procedimientos para dispensar medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos para hacer chequeos médicos | <input type="checkbox"/> Requisitos de vacunación infantil |
| <input type="checkbox"/> Sueño seguro | <input type="checkbox"/> Prácticas sobre el servicio de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres hablen con el director sobre algún problema | <input type="checkbox"/> Procedimientos para visitar el centro sin autorización previa |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres participen en las actividades del centro | <input type="checkbox"/> Procedimientos para que los padres se comuniquen con la División de Licencias para el Cuidado Infantil (CCL), la línea para denunciar el maltrato infantil y el sitio web de la CCL. |

5. Comidas

Estoy enterado de que se servirá lo siguiente a mi hijo cuando esté en el centro:

- Nada
 Desayuno
 Bocado a media mañana
 Almuerzo
 Bocado a media tarde
 Cena
 Bocado después de la cena

6. Horario en que el menor estará en el centro

Mi hijo estará normalmente en el centro en el siguiente horario:

Día de la semana	a.m.	p.m.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Autorización para la atención médica de emergencia

En caso de que no se pueda localizarme para que tome decisiones si mi hijo necesita atención médica de emergencia, autorizo a quien esté a cargo a que lleve a mi hijo a:

Nombre del médico	Dirección	Teléfono
Nombre del centro de atención médica de emergencia	Dirección	Teléfono

Autorizo al centro a obtener la atención médica de emergencia necesaria para mi hijo.

Firma del padre o tutor

Child's Additional Information Section

List any special needs that your child may have, such as environmental allergies, food intolerances, existing illness, previous serious illness, injuries and hospitalizations during the past 12 months, any medication prescribed for long-term continuous use, and any other information which caregivers should be aware of:

Does your child have diagnosed food allergies? Yes No Plan Submitted on _____

Child day care operations are public accommodations under the Americans with Disabilities Act (ADA), Title III. If you believe that such an operation may be practicing discrimination in violation of Title III, you may call the ADA Information Line at (800) 514-0301 (voice) or (800) 514-0383 (TTY).

Signature — Parent or Legal Guardian

Date Signed

School Age Children

My child attends the following school	School Phone Number
My child has permission to (check all that apply):	
<input type="checkbox"/> walk to or from school or home <input type="checkbox"/> ride a bus <input type="checkbox"/> be released to the care of his/her sibling under 18 years old	
Authorized pick up/drop off locations other than the child's address	
<input type="checkbox"/> Child's required immunizations, vision and hearing screening, and TB screening are current and on file at their school.	

Admission Requirement

If your child does not attend pre-kindergarten or school away from the child care operation, one of the following must be presented when your child is admitted to the child care operation or within one week of admission.

Check **only one** option:

1. Health Care Professional's Statement: I have examined the above named child within the past year and find that he or she is able to take part in the day care program.

Signature — Health Care Professional

Date Signed

2. A signed and dated copy of a health care professional's statement is attached.
3. Medical diagnosis and treatment conflict with the tenets and practices of a recognized religious organization, which I adhere to or am a member of. I have attached a signed and dated affidavit stating this.
4. My child has been examined within the past year by a health care professional and is able to participate in the day care program. Within 12 months of admission, I will obtain a health care professional's signed statement and submit it to the child care operation.

Name

Address of Health Care Professional

Signature — Parent or Legal Guardian

Date Signed

Información adicional sobre el menor

Indique cualquier necesidad especial del menor, como alergias ambientales, intolerancia a los alimentos, enfermedades, enfermedades graves anteriores, lesiones y hospitalizaciones en los últimos 12 meses, medicamentos recetados para su administración continua y a largo plazo, y cualquier otra información que deban conocer quienes lo atienden:

¿Se le ha diagnosticado alguna alergia alimentaria al menor? Sí No Fecha del plan _____

Las guarderías infantiles están consideradas instalaciones públicas, según el título III de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Si cree que uno de estos centros practica la discriminación, violando así el título III, puede llamar a la línea de información de la ADA al 800-514-0301 (voz) o al 800-514-0383 (TTY).

Firma del padre o tutor

Fecha en que firmó

Niños en edad escolar

Mi hijo asiste a la siguiente escuela

Teléfono de la escuela

Mi hijo tiene permiso para (marque todo lo que corresponda):

Caminar de casa a la escuela y de la escuela a casa Tomar el autobús Salir del centro al cuidado de su hermano menor de 18 años

Lugares autorizados para recoger o regresar al niño, aparte de su casa

El niño está al día en sus vacunas, las pruebas de la vista y del oído y la prueba de tuberculosis, y la escuela tiene las copias correspondientes.

Requisitos de inscripción

Si el menor no asiste a prekínder o a una escuela lejos de la guardería, debe presentar uno de los siguientes documentos el primer día que el menor asista a la guardería, o a más tardar una semana después.

Marque **solo una** opción:

1. **DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:** En el último año he examinado al menor aquí nombrado y he concluido que puede acudir a la guardería.

Firma del padre o tutor

Fecha en que firmó

2. Se adjunta una copia firmada y fechada de la declaración de un profesional de la salud.

3. El diagnóstico médico y su tratamiento no son compatibles con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida con la que comulgo o de la que soy miembro. He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada a este respecto.

4. Un profesional de la salud examinó al menor en el último año y determinó que puede participar en las actividades de la guardería. A más tardar 12 meses después de su ingreso, entregaré la declaración firmada de un profesional de la salud a la guardería.

Nombre

Dirección del profesional de la salud

Firma del padre o tutor

Fecha en que firmó

Gang Free Zone

Under the Texas Penal Code, any area within 1,000 feet of a child care center is a gang-free zone, where criminal offenses related to organized criminal activity are subject to harsher penalties.

Privacy Statement

HHSC values your privacy. For more information, read our privacy policy online at: <https://hhs.texas.gov/policies-practices-privacy#security>

Signatures

Child's Parent or Legal Guardian

Date Signed

Center Designee

Date Signed

Declaración sobre la privacidad

El HHSC valora su privacidad. Para obtener más información, vea nuestra política de confidencialidad en: <https://hhs.texas.gov/es/normas-del-sitio>

Firmas

_____	_____
Padre o tutor del menor	Fecha de la firma
_____	_____
Persona designada por el centro	Fecha de la firma