**PROGRAMA CNC CHILDMINDING**

**SERVICIOS DE CAPACITACIÓN / ASENTAMIENTO DE IDIOMAS Y HABILIDADES**

**CUIDADO COMBINADO**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

**Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre utilizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_ **El sexo: ☐** **de hombres ☐** **hembra**

**Idiomas hablados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de los padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **el número telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información médica del niño (alergia, restricción de alimentos, otros):**

|  |
| --- |
| **DECLARACIÓN DE EXENCIÓN**  **I\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ soy el padre de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **He proporcionado toda la información y el conocimiento necesarios para cuidar a mi hijo.  Entiendo que el programa CNC Childminding tomará todas las medidas de seguridad razonables para proteger a este niño.  Acepto liberar, absolver, liberar y eximir de responsabilidad al programa CNC Childminding**  **de sus empleados y voluntarios de todas y cada una de las reclamaciones en la máxima medida permitida por la ley, incluidas, entre otras, las reclamaciones o daños que surjan de la participación del niño en este programa.**  **Sé que la atención solo se brinda mientras participo en un programa aprobado y que debo permanecer en el sitio y fácilmente disponible. Entiendo que no se brindará atención si mi hijo tiene una enfermedad transmisible. Acepto seguir las reglas del programa CNC.**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma de la fecha de los padres elegibles** |

**Este Programa de Cuidado de Niños no está autorizado por el Gobierno de Ontario.**

*Solo para uso ISO:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información de fecha proporcionada Información de fecha actualizada

**PROGRAMA CNC CHILDMINDING**

**CUIDADO COMBINADO**

**SERVICIOS DE CAPACITACIÓN / ASENTAMIENTO DE IDIOMAS Y HABILIDADES**

**TÉRMINOS Y CONDICIONES**

***Bienvenido al programa de Capacitación en Idiomas y Habilidades / Servicios de****Asentamiento.*

Es importante que sepa que un niño puede participar en el programa L&STSS CNC Childminding solo mientras un padre asiste a clases de L&STSS. Bajo la ley provincial, un niño puede beneficiarse de L&STSS CNC Childminding solo si un padre está presente en el sitio y disponible en caso de una emergencia. L&STSS CNC Childminding no es un servicio de guardería con licencia.

Por favor, recuerde:

\* Usted acepta permanecer en el mismo sitio que su hijo mientras él / ella está participando en el Programa CNC Childminding y estar disponible para ayudar a su hijo si es necesario.

\* Usted cuida a su hijo a la hora del descanso, la hora del almuerzo y la excursión.

\* Usted es responsable de traer ropa extra, pañales, zapatos de interior.

\* Si abandona el sitio de L&STSS en cualquier momento, debe llevar a su hijo con usted.

\* Si abandona el sitio de L&STSS sin su hijo, perderá los privilegios de su programa CNC Childminding.

\* Si no podemos encontrarlo, podemos comunicarnos con la agencia local de protección infantil para proteger a su hijo.

**Entiendo que el programa CNC Childminding no es un servicio de guardería con licencia del Gobierno de Ontario** y que debo estar en el sitio en todo momento y fácilmente disponible mientras mi hijo está en el programa CNC Childminding. Entiendo que si dejo el sitio sin mi hijo, perderé inmediatamente mi privilegio de CNC Childminding. Entiendo que para proteger a mi hijo, el programa CNC Childminding puede comunicarse con la agencia de protección local.

***Debe completar este formulario antes de que su hijo participe en el programa***

***Información del niño*** *(por favor imprimir)*

Nombre:.........................................................................................................................................................................

Apellido:.........................................................................................................................................................................

Nombre utilizado: .........................................................................................................................................................

*(Círculo)*  de hombres hembra

Fecha de nacimiento:....................................................................................................................................................................

Lugar de nacimiento:....................................................................................................................................................................

Lengua materna del niño: ...........................................................................................................................................

***Padre(s)/Tutor Legal:*** ...............................................

Nombre:.........................................................................................................................................................................

Dirección:.......................................................................................................................................................................

Ciudad:...........................................................Provincia:............................................ Código postal:............................

Teléfono:........................................................................................................................................................................

***Información de contacto de emergencia***

Nombre:.........................................................................................................................................................................

Relación con el niño: .....................................................................................................................................................

Dirección:.......................................................................................................................................................................

Ciudad:............................................................Provincia:............................................ Código postal:...........................

Teléfono:........................................................................................................................................................................

¿Este niño tiene algún problema de salud, por ejemplo, alergias, restricción de alimentos, asma o diabetes?

*(Círculo)*  Sí No, *en caso afirmativo,* por favor explique

*...................................................* ...................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

¿Este niño tiene algún problema con alguno de los siguientes?

*(Círculo)* Visión Dientes Nutrición Audición Otro

*Por favor, explique cualquier problema que haya rodeado*

.......................................................................................................................................................................................

¿Ha tenido este niño alguna enfermedad o enfermedad transmisible que debamos conocer?

*(Círculo)* Sí No, *en caso afirmativo,* por favor explique

.......................................................................................................................................................................................

¿Este niño está tomando algún medicamento?

*(Círculo)* Sí No, *en caso*  afirmación, ¿cuál es el nombre del medicamento y para qué es?

.......................................................................................................................................................................................

Firma del padre/tutor: .................................................................................................................................................

Fecha:.............................................................................................................................................................................

*Solo para uso en la oficina*

Fecha de inicio:...............................................................Fecha de retiro: ....................................................................

**PERFIL DE NIÑO CNC**

**Lugar de nacimiento del niño:** ......................................................................................................

**Lengua materna del niño:** ..............................................................................................................

**¿Hay otros idiomas que el niño hable?** ..........................................................................................

**¿Su hijo tiene alguna condición médica que debamos conocer?** ..................................................

..........................................................................................................................................................

**¿Su hijo está tomando algún medicamento?** ................................................................................

**¿Algún problema de visión, audición, habla o nutrición?** .............................................................

**Cualquier restricción en el juego o las actividades** ........................................................................

**¿Tienes algún tipo de alergia?** ........................................................................................................

**Preferencias y rutinas:**

**¿Cuáles son las comidas favoritas de su hijo?** ..........................................................................................................................................................

**¿Qué actividades disfruta?** .............................................................................................................

**¿Su hijo duerme la siesta? ¿Cuándo y por cuánto tiempo?** ...........................................................

**¿Su hijo come con una cuchara, tenedor o manos?** .......................................................................

**¿A qué hora se va a dormir su hijo?** ...............................................................................................

**¿Duerme toda la noche?** .................................................................................................................

**¿Qué palabra usa su hijo para defecar, orinar?** .............................................................................

**Información especial:**

**¿Hay algún hermano?** ..........................................................................................................................................................

**¿Qué palabras de consuelo podemos usar con el** niño...................................................................

**¿Qué nombres especiales tiene para su hijo?** ..........................................................................................................................................................

**¿Su hijo tiene algún juguete favorito?** ..........................................................................................................................................................

**¿Su hijo ha estado en algún tipo de cuidado infantil antes?**  ........................................................

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL**

**Confirmación de la información**

**Fecha de inicio:** ........................................................................................................................

**Fecha de retiro:** ........................................................................................................................

**Fecha de actualización de la información:** ...............................................................................

**Registro de inmunización en el archivo:** ..................................................................................

**Fecha de vacunación que debe actualizarse:** ...........................................................................

**LISTA DE VERIFICACIÓN CNC PARA LA ORIENTACIÓN DE LOS PADRES**

**Nombre del padre:**

**Fecha de orientación:**

Al inscribir a un niño en el programa: Combined Care, la información de orientación debe revisarse de la siguiente manera:

* Informe a los padres que debe permanecer en el sitio.
* Revise el registro y complete el formulario según lo solicitado con los padres.
* Presente a los padres al personal de Childminding.
* Muestre a los padres alrededor del espacio de Childminding, identificando dónde estarán sus hijos.
* Proporcionar informaciónsobre el plan del programa.
* Revise los procedimientos de recogida y entrega con los padres.
* Proporcione información a lahora de la merienda, incluido el menú de la merienda,lo que debenproporcionar, lo que se proporcionará, sisesirve, etc.
* Proporcione información sobre unllergies y restricciones alimentarias.
* Revise los procedimientos deanillo de diape con los padres; informe a los padresquiénes responsable, lo que deben proporcionar y quéloproporcionará.
* Para completar el Perfil del Niño, desarrolle y siga los procedimientos.
* Proporcione a los padres información sobre lo siguiente:
  + Recursos comunitariosrelacionados con la crianza de los hijos
  + Servicios de liquidación
  + Información Registro de inmunización – normas provinciales, dónde encontrar servicios.
  + Información sobre el progresivo de sus hijos de forma continua