



school age care

INSCRIPCIÓN A SAC PARA 2011-2012

SAC es un programa autorizado de guardería de pago que ofrece BVSD.

805 Gillaspie Drive
Boulder, CO 80305
720-561-3773
Fax 720-561-3787
www.bvsvd.org/SAC

Fecha Solicitada de Entrada _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ Grado _____ Sexo: M F

NOMBRE DEL NIÑO _____ APELLIDO _____ Fecha Nacimiento _____

DIRECCIÓN _____ Ciudad _____ Código Postal _____

EL NIÑO VIVE CON: Ambos Padres Sólo con la madre Sólo con el Padre Custodia Compartida Otro

Indique cualquier condición o factores que puedan afectar a su estudiante para participar de lleno en el programa SAC o cumplir sus expectativas. Incluya información sobre condiciones de salud, necesidades especiales de educación, problemas de conducta, etc. **Por favor, indique N/A si esto no se aplica a su hijo.** _____

Indique cualquier alergia, dieta especial y medicamentos que el niño tome regularmente. **Por favor, indique N/A si esto no se aplica a su hijo.** _____

Indique cualquier actividad en la que no quiere que su hijo participe _____

Petición de la Forma de Ayuda Económica

CALENDARIO DE SAC:

Antes de la Escuela en Aspen Creek K-8, Birch, Eldorado K-8 Monarch K-8 Solamente:

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Después de la Escuela – Los precios varían según la escuela: (Revise la Lista de Precios)

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Según la necesidad

Días Completos: (Revise la Lista de Precios)

Días de trabajo – 9/1-2, 10/14, 11/21-23, 1/3, 2/21, 4/2-3, 4/20 Días de Vacaciones - 12/19-22, 3/26-30

DATOS DE FACTURACIÓN:

Elija un método de pago: EFT Prepago con el 5% de descuento Facturación Mensual

Padre No.1 (Contacto Principal): Nombre _____ Apellido _____

Teléfono _____ Celular _____ Trabajo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección de E-mail _____ Compañía w/ Dirección _____

Padre No. 2: Nombre _____ Apellido _____

Teléfono _____ Celular _____ Trabajo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección de E-mail _____ Compañía w/ Dirección _____

Nombre de otras personas con acceso a su información económica _____

Los contactos de emergencia y personas autorizadas deben poder recoger al(los) niño(s).

Contacto Emergencia _____ Teléfono _____ Alterno _____

Dirección _____

Contacto Emergencia _____ Teléfono _____ Alterno _____

Dirección _____

Doctor _____ Dirección _____ Teléfono _____

Dentista _____ Dirección _____ Teléfono _____

Hospital Preferido _____ Dirección _____ Teléfono _____