



**Escolas Públicas de Ipswich**  
**Programa de Dia Estendido**  
 1 Lord Square, Ipswich, MA 01938

**Formulário de informações da criança**

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Nome da criança:	Apelido preferido:	
Nome da escola:	Nota:	Professora da sala de aula:
Endereço residencial:	Número de telefone principal:	
Data de início do programa:	Idade no início:	
Data de nascimento:	Gênero:	
Cor dos olhos:	Cor do cabelo:	
Marcas de identificação:	Idioma principal:	
Seu filho tem um PEI (Plano Educacional Individualizado)?	Custódia ou acordos legais (anexe):	
*Quaisquer alergias (incluindo sintomas, medicamentos e tratamentos/dietas especiais):		
*Asma ou problemas de saúde, incluindo medicamentos que a criança esteja tomando:		
Quaisquer limitações ou preocupações especiais:		

**\*Observe que qualquer alergia/asma/medicação pode exigir documentação adicional preenchida pelos pais/responsáveis**

**Informações para pais/responsáveis**

Primeira chamada: Nome do pai/mãe/responsável:	Relação com a criança:	Número primário:
Endereço residencial:	Número de telefone residencial:	
Endereço de email:	Nome da empresa:	Número de telefone comercial:
Endereço comercial:	Horário/Horário de trabalho:	
Segunda chamada: Nome do pai/mãe/responsável:	Relação com a criança:	Número primário:
Endereço residencial:	Número de telefone residencial:	
Endereço de email:	Nome da empresa:	Número de telefone comercial:
Endereço comercial:	Horário/Horário de trabalho:	

Assinatura dos pais/responsáveis: \_\_\_\_\_ ...



Nome da criança: \_\_\_\_\_

**Informações médicas e liberação**

Médico Infantil:	Número de telefone:
Endereço:	
Dentista Infantil:	Número de telefone:
Endereço:	

Operadora de Seguro Saúde:	Número da apólice:
Assinante de Seguro Saúde:	

**Contatos de emergência** (três pessoas não listadas anteriormente que podem ser contatadas e estão autorizadas a levar seu filho)

Nome:	Relação com a criança:
Endereço:	Número de telefone principal:
Nome:	Relação com a criança:
Endereço:	Número de telefone principal:
Nome:	Relação com a criança:
Endereço:	Número de telefone principal:

**Autorizo os membros da equipe do Programa de Dia Estendido de Ipswich, treinados em noções básicas de primeiros socorros, a prestar primeiros socorros e RCP para meu filho quando apropriado. Entendo que todos os esforços serão feitos para entrar em contato comigo no eventos de uma emergência que exija atenção médica para meu filho. No entanto, se eu não puder ser contatado, por meio deste autorizar o programa a transportar meu filho para o centro de atendimento médico mais próximo para garantir os cuidados médicos necessários tratamento.**

Assinatura dos pais/responsáveis: \_\_\_\_\_ ...



**Escolas Públicas de Ipswich**  
**Programa de Dia Estendido**

Formulário de informações da criança

Nome da criança: \_\_\_\_\_

**Cronograma (marque cada dia em que seu filho participará do programa):**

AM: Segunda-feira ____	AM: Terça-feira ____	AM: Quarta-feira ____	AM: Quinta-feira ____	AM: Sexta-feira ____
PM: Segunda-feira ____	PM: Terça-feira ____	PM: Quarta-feira ____	PM: Quinta-feira ____	PM: Sexta-feira ____

**Taxas do programa 2024-2025 (todas as taxas são mensais):**

AS TAXAS DEVEM SER PAGAS ATÉ O PRIMEIRO DIA DE CADA MÊS

<b>Antes da escola</b> 7:00- 8:40 da manhã	2 dias	\$ 79,13
	3 dias	\$ 86,33
	4 dias	\$ 93,52
	5 dias	\$ 100,72

<b>Depois da escola</b> 15h00 - 18h00	2 dias	\$ 215,82
	3 dias	\$ 230,21
	4 dias	\$ 244,60
	5 dias	\$ 258,98

Será oferecido um desconto de 10% na mensalidade para famílias com 2 ou mais filhos matriculados no programa

**\*Taxas por atraso**

Uma taxa de atraso de \$ 10,00 será cobrada se o pagamento for feito após o dia 10 do mês. Você deverá adicionar a taxa de atraso de US\$ 10,00 no seu pagamento mensal se a mensalidade for paga após o dia 10 do mês.

**Registro anual:**

\$ 46,00 por criança (não reembolsável)

Devido com o registro inicial

Para garantir sua vaga, é necessário pagar uma taxa de inscrição

***Eu entendo e concordo com as políticas do Programa de Dia Estendido de Ipswich em relação às taxas de ensino e pagamentos. Concordo em pagar a mensalidade do meu filho de acordo com estas políticas.***

Assinatura dos pais/responsáveis: \_\_\_\_\_ ...



**Escolas Públicas de Ipswich**  
**Programa de Dia Estendido**

**Formulário de informações da criança**

Nome da criança: \_\_\_\_\_

**Plano de Transporte**

<b>Meu filho CHEGARÁ ao programa às:</b>	_____ Caminhada sem supervisão da sala de aula
	_____ Caminhada supervisionada da sala de aula
<b>Meu filho irá SAIR do programa:</b>	_____ Retirada dos pais/responsáveis/pessoa designada

**Autorização para Retirada:**

Dou permissão para que meu filho seja liberado do programa às seguintes pessoas:

Nome:	Relação com a criança:
Endereço:	Número de telefone principal:
Nome:	Relação com a criança:
Endereço:	Número de telefone principal:
Nome:	Relação com a criança:
Endereço:	Número de telefone principal:

\*Qualquer pessoa não listada acima ou no formulário "Contato de Emergência" só poderá receber uma criança com autorização por escrito.

Todos os pais/responsáveis/designados devem estar preparados para mostrar um documento de identificação com foto a pedido da equipe do Programa de Dia Estendido antes de uma criança será liberada.

Assinatura dos pais/responsáveis: \_\_\_\_\_ ...