



FOR YOUTH DEVELOPMENT*
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Stonestown Family YMCA

Processed Date: _____

Staff Initials: _____

2019/2020 Before School 課程報名表

課程地點

學校: Sunset

報名者資料

學生姓名: _____ 就讀年級 _____

性別: 男性 女性 性別未定 拒絕回答現居

生日: _____ / _____ / _____

住址: _____
街道 城市 州 郵政編碼

父母/監護人 電郵: _____

家庭收入 (請選一個):

\$0-\$13,999 \$14,000-\$24,999 \$25,000-\$39,999 \$40,000-\$74,999 \$75,000 美元和以上 拒絕回答

父母/第一位 監護人 (緊急聯絡人與授權接送人)

姓名: _____ 生日: _____ / _____ / _____

主要聯絡電話: _____

次要聯絡電話: _____

父母/第二位監護人 (緊急聯絡人與授權接送人)

姓名: _____ 生日: _____ / _____ / _____

主要聯絡電話: _____

次要聯絡電話: _____

其他授權接送人/緊急聯絡人:

1 接送人姓名: _____

電話: _____

2 接送人姓名: _____

電話: _____

3 接送人姓名: _____

電話: _____

不授權接送人:

(任何不被授權接送孩子的人, 請在此處列出)

列出我們應該知道任何過敏或者藥物:

您的孩子可以參加本課程而無需額外協助嗎?

- 是
 否

如果答案為否, 請簡要說明您的孩子可能需要的額外協助的性質。

您的孩子是否有以下其中一項:

- SST 504 IEP No

您是否同意工作人員取得孩子的SST、504與/或IEP資料?

- 是
 否

*如果是, 請簽署附加的三藩市聯合校區授權以發布保密信息。

我們還需要知道哪些事情以確保您的孩子在此有一個成功的經驗?

三藩市聯合校區卓越課後計劃(ExCEL)支持K-8年級的青少年學習。該計劃的目標是提高學生的學業成功，增強自信心，同時讓家庭參與教育過程。我們計劃的目的是為學生提供學術豐富的機會，旨在補充學生的常規學術計劃，並為學生提供安全的環境。我們的計劃是與學生參加的學校合作設計的，並與三藩市聯合校區指南保持一致。

這些課程如何獲得資金？

由於聯邦和州政府撥款、以及三藩市聯合校區和三藩市兒童青少年和家庭局（DCYF）的資助，所有小學，K-8和中學在三藩市聯合校區卓越課後計劃都以低成本提供給眾多家庭。在三藩市聯合校區中，大多數以學校為基礎的課後和暑期學習課程由三藩市聯合校區卓越課後計劃和合作社區組織共同贊助。大部分資金來自家庭費用以及城市、州和聯邦撥款的組合，這些撥款在撥款週期結束後無法保證續簽。除了地方、州和聯邦撥款外，三藩市青年會還提供實物和現金資源，以便為更多家庭提供服務和/或為學生提供更多的充實機會。

每個獲得課後資助的學校都需要：1.) 運營課後計劃至少每天3小時，每周15小時，和直至下午6點 2.) 提供學術支持，豐富內容，娛樂和體育活動 3.) 提供營養小吃 4.) 以不超過二十個學生與一員工的比例運營（20：1）

課程名額的優先級

由於課後計劃的報名人數經常超過資助能力，因此被該計劃確定為無家可歸青少年或寄養的學生將優先考慮入學。此外，還優先考慮每週五天參加全日制課程的學生。學生還可以通過學校網站特定流程來識別，但不限於：學術需求，英語學習者支持，逃學和社會情感行為需求。

該課程的早期釋放：根據撥款指南，註冊的小學和中學學生每天都要參加該課程直到下午6點。每天參加該課程直至下午6點的學生將優先註冊。可以安排該課程的早期釋放。每當您在課程結束之前接您的孩子時，請注意，工作人員必須為您提供在簽出表上使用的代碼。

收費課程：所有小學和中學的課程都是收費課程。所有小學/ K-8和中學課程都有共付費用結構。

凡屬無家可歸學生或寄養學生之計劃參加者，其家庭可獲豁免每月共付費用。

凡符合校餐減免費用計劃之學生，可獲豁免每月共付費用，除非個別本地、州或聯邦之學費津貼計劃要求支付有關費用。

凡不符合校餐減免費用計劃之學生，其家庭須按收入能力付費，每月由\$50-\$500不等。

美國殘疾人法案（ADA）與必須遵守“殘疾人個人化教育法案”（IDEA）的上學日不同，該計劃必須遵守美國殘疾人法案（ADA）。公共實體向公眾提供的服務和活動，無論是直接還是通過代理機構，必須為殘疾學生提供合理的便利（例如聯邦、州和地方殘疾人權利，如第504節）。如果學生需要額外的支持，則可以包括查詢計劃，但不能使用該信息來影響註冊。如果學生有504計劃或IEP計劃，三藩市聯合校區卓越課後計劃(ExCEL)計劃可以要求該資料，以確定為支持訪問該計劃可以做出哪些合理的安排。

安全和支持的環境：三藩市青年會舊金山必須確保我們計劃中的政策和協議足以確保員工，學生和家庭成員的安全。需要製定程序來記錄受傷，轉診和危機情況。每個機構將與員工，學生和家庭分享他們對挑戰性行為的漸進式回應。對挑戰行為的漸進式響應應包括跨計劃的普遍實踐，以促進安全和支持性社區。它還應包括內部流程以管理可能導致替代性後果（例如重修關係），第二級干預（例如行為合同）或暫停計劃的參與。

三藩市青年會計劃經歷調查授權

三藩市青年會通過成員和參與者調查和數據分析提高計劃的質量和影響力。通過簽署此表格，您授權您的孩子（們）參加三藩市青年會的匿名和自願課程調查。

除匿名調查答案外，我們還可能收集以下參與者資料：

- 人口統計資料，如種族/民族和性別認同；
- 教育資料，如學校名稱和年級；和
- 參加活動和服務，例如出勤日期和參加時間。

三藩市青年會不會披露您的孩子（們）的個人身份資料，並且將收集調查答案和參與者資料限制在完成收集目的的合理必要範圍內。三藩市青年會不向第三方出租或出售個人身份資料，調查答案或參與者資料，包括有關兒童的資料。三藩市青年會可以與可信的服務提供商分享青少年經歷調查答案和參與者資料，以便分析此類資料並提高計劃質量和影響。

學生姓名：_____

家長姓名：_____

家長簽名：_____ 日期：_____

每月共付費用計劃

作為YMCA設施會員的申請人每月可以減少共同支付。如果您對三藩市青年會設施會員感興趣，請瀏覽我們的網站 www.ymcasf.org。您也可以免費註冊為社區參與者(僅限參加三藩市青年會計劃)。

請選您要註冊的方框：

社區參與者費用			三藩市青年會設施會員費用		
上學前	每月費用 (九月-五月)	押金 (八月)	上學前	每月費用 (九月-五月)	押金 (八月)
<input type="checkbox"/> 每週5天	\$200	\$100	<input type="checkbox"/> 每週5天	\$157	\$79
<input type="checkbox"/> 每週3天	\$144	\$72	<input type="checkbox"/> 每週3天	\$111	\$56
<input type="checkbox"/> 每週2天	\$91	\$46	<input type="checkbox"/> 每週2天	\$68	\$34

請勾選您的孩子將參加的所有日期：
 星期一 星期二 星期三 星期四 星期五

請注意: 提供一日營和一週營，費用另計。由於學年休假，以下月份按比例分配：August, December and June

兄弟姊妹優惠: 我們為兄弟姊妹提供每月兒童保育費20%的折扣。

經濟支援: 我們為符合條件的家庭提供經濟援助。如果您有興趣申請，請填寫經濟援助申請表並提交您的收入核實和註冊資料。

- 是！我正在申請每月共付費用計劃
 是！我已附上我的經濟援助申請表

每月共付費用計劃/-到期費和計費政策

通過在下面簽名，我承認並同意以下內容：

- 每月共付費用將會在月首前10天通過EFT(電子轉帳)自動支付。如果沒有付款，我們將在到期後5天通過電子郵件請求您的許可，使用您存檔的信用卡/銀行帳戶支付餘額。如果我們在請求後的3個工作天內未收到您的回復，我們將使用存檔的信用卡/銀行帳戶支付您的餘額。
- 如果帳戶有任何更改，家長必須更新帳單資料，包括信用卡更換和新的到期日期。這可以在線或在三藩市青年會完成。
- 將聯繫家長關於其帳戶的退單。父母有責任在每月的第一天之前支付託兒費。否則將導致15美元的滯納金。如果第十天前未收到付款，托兒服務將終止。
- 任何退回的付款將收取15美元的銀行手續費。
- 我確認只有下列月份才按比例分配: August 2019, December 2019 and June 2020
- 我確認下個月的費用不予退還: August 2019
- 退款要求: 取消課程(包括學校轉學)需要30天書面或電子郵件通知，並需要提前14天通知更改時間表。家長有責任通過書面說明或電子郵件通知三藩市青年會。學生退出課程不被視為取消課程的通知，也不會終止課程費用。

家長/監護人姓名

簽名

日期

PAYMENT DUE

\$ _____ 押金: 付費完畢(學年結束)
 押金在註冊時支付，不予退還

\$ _____ 捐款給我們的年度募捐，支持需要經濟資助的家庭 Stonestown Family YMCA

總額

\$

付款方式:

按月共付費計劃的家庭必須為每月匯票建立帳戶。

存檔收費帳戶

我將提供新的帳戶資料，通過
 Stonestown Family YMCA 415-242-7100

學生合約

家長/監護人：請與您的學生仔細閱讀。

我，_____ 理解並同意滿足該計劃的以下要求：
學生姓名

- 我將在放學後立即向課程報告並簽入。
- 離開時我會確保簽出。
- 我將一直處於監管區，無論是在校內還是校外，都不會單獨離開該課程
- 在校期間和課後，我將遵循校規和工作人員的指示
- 我會尊重成年人和其他學生。
- 我不會參與霸凌，罵人或同伴間任何不當的互動。我知道我們的任何課程都不容忍這一點。
- 我將使用文字來解決衝突，或向成年人尋求幫助。我永遠不會用暴力來解決問題。
- 我會將電子設備留在家中，並在使用手機之前獲得工作人員的許可。
- 我會維護學校的建築和設備。我會自己清理乾淨。
- 我將對活動，俱樂部和豐富活動持開放態度。

我明白，如果我違反這些規則：

- 我可能會被要求參加修補關係會議。
- 如果我繼續違反規定，或者事件嚴重，將會聯繫我的父母/監護人。
- 如果我在任何課程鬥毆，我將參加修補關係實習。根據情況的嚴重程度，我可能會被停課。
- 如果不當行為繼續，根據情況的嚴重程度，我可能會簽訂行為合同或停課。

我知道我必須簽署這份合同才能被錄取。我也明白，通過簽署這份合同，我同意遵守這些規則。

學生簽名：_____

日期：_____

家長/監護人簽名：_____

日期：_____

關於您的學生

本節要求提供我們的資助者所需的信息。以下信息絕不會決定學生在課程中的狀態，也不會用於課程評估以外的任何其他目的。

1. 學生種族/民族 (選擇一個) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 非裔美國人 | <input type="checkbox"/> 中東 - 阿拉伯人 |
| <input type="checkbox"/> 其他人：
請說明：_____ | <input type="checkbox"/> 中東 - 伊朗人 |
| | <input type="checkbox"/> 中東 - 其他
請說明：_____ |
| <input type="checkbox"/> 亞裔 - 中國人 | <input type="checkbox"/> 美洲原住民 |
| <input type="checkbox"/> 亞裔 - 菲律賓人 | <input type="checkbox"/> 阿拉斯加原住民 |
| <input type="checkbox"/> 亞裔 - 印度人 | <input type="checkbox"/> 太平洋島民 - 瓜曼人 |
| <input type="checkbox"/> 亞裔 - 日本人 | <input type="checkbox"/> 太平洋島民 - 夏威夷人 |
| <input type="checkbox"/> 亞洲 - 韓國人 | <input type="checkbox"/> 太平洋島民 - 湯加人 |
| <input type="checkbox"/> 亞裔 - 老撾人 | <input type="checkbox"/> 太平洋島民 - 湯加人 |
| <input type="checkbox"/> 亞裔 - 泰國人 | <input type="checkbox"/> 太平洋島民 - 薩摩亞人 |
| <input type="checkbox"/> 亞裔 - 越南人 | <input type="checkbox"/> 太平洋島民 - 其他
請說明：_____ |
| <input type="checkbox"/> 亞裔 - 其他人
請說明：_____ | <input type="checkbox"/> 白人 |
| <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉美裔墨西哥裔美國人 | <input type="checkbox"/> 多種族/多民族 |
| <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 - 中美洲人 | <input type="checkbox"/> 其他
請說明：_____ |
| <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 - 南美人 | <input type="checkbox"/> 拒絕指定 |
| <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 - 加勒比海人 | |
| <input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 - 其他
請說明：_____ | |

2.

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 英文 | <input type="checkbox"/> 日語 |
| <input type="checkbox"/> 中文 | <input type="checkbox"/> 越南語 |
| <input type="checkbox"/> 西班牙語 | <input type="checkbox"/> 高棉/柬埔寨語 |
| <input type="checkbox"/> 薩摩亞語 | <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 |
| <input type="checkbox"/> 廣東話 | <input type="checkbox"/> 韓語 |
| <input type="checkbox"/> 塔加拉族語 | <input type="checkbox"/> 俄語 |
| <input type="checkbox"/> 俄語 | <input type="checkbox"/> 老撾語 |
| <input type="checkbox"/> 台山話 | <input type="checkbox"/> 美國手語 |
| | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |

3. 學生英語流利程度 (選擇其一) :

- 流利
- 有點流利
- 不流利

4. 居住狀態

- 永久/穩定的住房
- 無家可歸者 - 過渡/援助性住房
- 無家可歸者 - 收容所/緊急住房
- 無家可歸 - 汽車旅館/酒店
- 無家可歸者 - 和朋友/家人住在一起
- 無家可歸者 - 無收容所
- 未知

如果適用：允許訪問504計劃或個人化教育計劃（IEP）我授權在三藩市聯合校區與以下機構和/或個人之間交換下述_____（學生姓名）的資料：

•代理商_ (姓名)

此授權適用於以下資料（檢查適用的每一行）：

504計劃

個性化教育計劃（IEP）

有效期：本授權於以下時間（日期或活動）後失效：

June 2nd, 2020

限制條款：收到此資料的提供商不得將其發布給其他人，除非簽署了另一份授權書。

您的權益：您可以拒絕簽署此表格。您可以隨時通過書面通知三藩市聯合校區取消它。如果您取消許可以允許發布有關您/您孩子的資料，它將立即生效（除非有人已經發布了資料）。您有權獲得此授權的副本。

家長/監護人簽名：_____

日期：_____

表明與學生的關係：_____

如果適用：

照片/視頻發布選擇退出表

在您的孩子參加ExCEL課後計劃期間，他們可以參加正在拍照或錄像的活動；這些照片/錄像可能用於宣傳目的。

學生姓名：_____ 年級：_____

家長姓名：_____ 日期：_____

通過不提交選擇退出表格，我授權SFUSD或其批准的任何第三方在課後計劃活動期間拍攝或錄像我的孩子，並由SFUSD自行決定編輯或使用任何照片或錄音。我理解我和我的孩子對於錄像沒有合法權利或利益，包括經濟利益。我還同意釋放並保護SFUSD及其已批准的任何第三方免受因錄像或其使用而產生的所有索賠，要求，損害和責任。

_____（家長姓名縮寫）我不允許我的孩子被課後計劃拍照/錄像以用於宣傳目的。

准予透露保密資料

Stonestown Family YMCA

參與者姓名: _____ 出生日期: _____

我們的機構，收到一份三藩市兒童青少年和家庭局（DCYF）的撥款。取得資助的條件之一，是我們需要向 DCYF 報告我們提供的服務，以及我們服務的兒童、青少年和家庭的資料。DCYF 和三藩市聯合校區緊密合作。我們向 DCYF 報告的數據，亦會和三藩市聯合校區分享。

DCYF 和三藩市聯合校區依賴我們提供的數據，明白 DCYF 資助的計劃所服務的人口，以確保三藩市最脆弱的兒童、青少年和家庭均能使用服務。DCYF 同時使用數據，監察撥款資金，和評估計劃的活動與影響。

在此表格上簽名，你准予我們的機構向 DCYF 和三藩市聯合校區經授權的職員，分享有關你孩子參與我們計劃（或你的參與，如你年齡在 18 歲或以上）的資料，目的如上述。我們向 DCYF 報告的資料包括：

- 個人資料，例如姓名，出生日期，和地址；
- 人口資料，例如種族／族裔和性別；
- 教育資料，例如學校名稱和級別；
- 參與活動和服務，例如出席日期和鐘點；以及
- 不記名和自願的青少年經驗調查。

DCYF 和三藩市聯合校區不會就我們提供的資料，以可能識別你孩子（或你，如你年齡在 18 歲或以上）的身份的方式做公開報告。

限制：所有我們提供和三藩市聯合校區學生有關的資料，均受管治使用、透露和重新透露學生教育紀錄之聯邦和州法律所保護。DCYF 和三藩市聯合校區以外的各方，將不會接進我們報告任何可識別個人身份的資料，除非該方事前取得你的書面許可，或按照三藩市聯合校區的政策和程序，接進此類資料。

期滿：此授權於 2023 年 6 月 30 日期滿。

你的權利：你可以拒絕簽署此表格。你可以在任何時候用書面通知我們的機構取消許可。如你取消准予我們向 DCYF 和三藩市聯合校區透露資料，它將即時生效，已經透露的資料除外。你有權收到此表格的一份副本。

你的姓名： _____

和參與者的關係： 家長 合法監護人 參與者年齡在 18 歲或以上

簽名： _____ 日期： _____

IDENTIFICATION AND EMERGENCY INFORMATION CHILD CARE CENTERS/FAMILY CHILD CARE HOMES

To Be Completed by Parent or Authorized Representative

CHILD'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	SEX	TELEPHONE ()
ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
BIRTHDATE					
FATHER'S/GUARDIAN'S/FATHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	BUSINESS TELEPHONE ()	
HOME ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
HOME TELEPHONE ()					
MOTHER'S/GUARDIAN'S/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	BUSINESS TELEPHONE ()	
HOME ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
HOME TELEPHONE ()					
PERSON RESPONSIBLE FOR CHILD	LAST NAME	MIDDLE	FIRST	HOME TELEPHONE ()	BUSINESS TELEPHONE ()

ADDITIONAL PERSONS WHO MAY BE CALLED IN AN EMERGENCY

NAME	ADDRESS	TELEPHONE	RELATIONSHIP

PHYSICIAN OR DENTIST TO BE CALLED IN AN EMERGENCY

PHYSICIAN	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE ()
DENTIST	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE ()

IF PHYSICIAN CANNOT BE REACHED, WHAT ACTION SHOULD BE TAKEN?

- CALL EMERGENCY HOSPITAL OTHER EXPLAIN: _____

NAMES OF PERSONS AUTHORIZED TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY

(CHILD WILL NOT BE ALLOWED TO LEAVE WITH ANY OTHER PERSON WITHOUT WRITTEN AUTHORIZATION FROM PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

NAME	RELATIONSHIP
(Names must reflect the same names as above)	

TIME CHILD WILL BE CALLED FOR

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE

DATE

TO BE COMPLETED BY FACILITY DIRECTOR/ADMINISTRATOR/FAMILY CHILD CARE HOMES LICENSEE

DATE OF ADMISSION

DATE LEFT

孩子住院前的健康記錄 - 父母的報告

請在底部簽名

孩子的名字	性別	生日日期
父親/父親的家中伴侶的姓名	父親/父親的家中伴侶與孩子同住嗎?	
母親/母親的家中伴侶的姓名	母親/母親的家中伴侶與孩子同住嗎?	
孩子是/已得到醫生的定期監督?	最後一次的身體/醫療檢查日期	

發育紀錄 (*僅用於嬰兒和學齡前的兒童)

開始步行在* 月	開始學說話在* 月	如廁訓練開始在* 月
-------------	--------------	---------------

過去的病歷 - 勾劃孩子有的疾病, 以及疾病的大約日期:

	日期		日期		日期
<input type="checkbox"/> 水痘		<input type="checkbox"/> 花粉過敏		<input type="checkbox"/> 小兒麻痺症	
<input type="checkbox"/> 哮喘		<input type="checkbox"/> 癲癇症		<input type="checkbox"/> 10日麻疹 (風疹)	
<input type="checkbox"/> 風濕熱		<input type="checkbox"/> 百日咳		<input type="checkbox"/> 三日麻疹 (風疹)	
<input type="checkbox"/> 花粉過敏		<input type="checkbox"/> 疥瘡			

請說明任何其他嚴重或重病或意外事故

孩子有經常性感雷? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	去年有多少次?	列出任何應該知道的過敏的東西
---	---------	----------------

日常作息 (*僅用於嬰兒和學齡前兒童)

孩子什麼時候起床? *	孩子什麼時候上床睡覺? *	孩子睡得好嗎? *
孩子在白天睡覺嗎? *	什麼時候? *	多久? *
飲食習慣: (孩子通常用餐吃些什麼?)	早餐 午餐 晚餐	平時的飲食時間是什麼? 早餐 午餐 晚餐

有任何厭惡的食物?	任何飲食問題?
-----------	---------

孩子已訓練如廁嗎? *	如果是的話, 處於哪個階段: *	排便正常嗎? *	通常是在什麼時間? *
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

用作“排便”的字眼*	用作“排尿”的字眼*
------------	------------

家長對孩子健康的評價

孩子現時是在醫生的照顧?	如果是, 醫生的姓名:	孩子是否遵醫囑用藥?	如果是, 何種和有任何的副作用:
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

孩子使用任何特殊的設備:	如果是, 什麼樣的設備:	孩子在家中任何特殊的設備嗎?	如果是, 何種設備:
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

家長對孩子性格的評價

孩子與父母, 兄弟, 姐妹和其他孩子和隨相處嗎?

有孩子群戲的經驗嗎?

是否孩子有任何特別的問題/恐懼/需求? (解釋)

孩子生病時有什麼的護理計劃?

要求托兒所安置的原因

* 父母的簽名	日期
---------	----

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS (CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

Stonestown YMCA- Sunset Elementary School . This Child Care Center/School provides a program which extends from 7 : 00
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to 8:40 a.m./p.m. , 5 days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

(TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA) (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)	/ /	/ /			
HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
_____ Communicable TB disease not present.

I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____
Date This Form Completed: _____
Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

- * Have a family member or contacts with a history of confirmed or suspected TB.
- * Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).
- * Live in out-of-home placements.
- * Have, or are suspected to have, HIV infection.
- * Live with an adult with HIV seropositivity.
- * Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.
- * Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or residents in nursing homes.
- * Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.
- * Have clinical evidence of TB.

Consult with your local health department's TB control program on any aspects of TB prevention and treatment.

CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT- Child Care Centers Or Family Child Care Homes

AS THE PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE, I HEREBY GIVE CONSENT TO

Stonestown YMCA- Sunset Elementary School TO OBTAIN ALL EMERGENCY MEDICAL OR DENTAL CARE
FACILITY NAME

PRESCRIBED BY A DULY LICENSED PHYSICIAN (M.D.) OSTEOPATH (D.O.) OR DENTIST (D.D.S.) FOR

_____. THIS CARE MAY BE GIVEN UNDER
NAME

WHATEVER CONDITIONS ARE NECESSARY TO PRESERVE THE LIFE, LIMB OR WELL BEING OF THE CHILD
NAMED ABOVE.

CHILD HAS THE FOLLOWING MEDICATION ALLERGIES:

DATE

PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE SIGNATURE

HOME ADDRESS

HOME PHONE

()

WORK PHONE

()

個人權利

托兒照顧中心

個人權利，關於適用於托兒照顧所的免除條件請參閱 101223 條例。

- (a) 托兒照顧中心。每一個在托兒照顧中心受托的孩子都有其權利，包括（但不限於）下列權利：
- (1) 在孩子和工作人員及其他人員的個人關係中須受到尊重相待。
 - (2) 須有安全，健康和舒適的設備，家具及器具以應合孩子的需要。
 - (3) 不受體罰或不尋常的懲罰，引起疼痛，羞辱，恐嚇，嘲弄，壓制，威脅，心理虐待，或其他懲罰性的行動，包括但不限於：干涉吃，睡或上廁所在內的日常生活操作；或不給予身體功能所需之房屋遮蔽，衣物，醫藥或護理。
 - (4) 由持照人知會他 / 她及（若有的話）其授權代表關於投訴的法規制定，包括（但不限於）發照機構負責收取投訴單位的地址和電話號碼，以及關於保密的資訊。
 - (5) 自由參加宗教聚會或他 / 她選擇的活動並接受由其自由選擇的屬靈輔導人員的探訪。不論是在設施場地或不在設施場地，出席宗教聚會都完全基於自願。在托兒照顧中心，關於參加宗教聚會或接受屬靈輔導人員的探訪之決定乃由孩子父母或其監護人作主。
 - (6) 不論白天或夜晚都不得被鎖在任何房間，建築物或托兒所場地內。
 - (7) 除非是發照機構事先批准的支撐用的器械，否則不得被放置在局限行動的器械中。

授權代表 / 父母 / 監護人有權知道若要投訴應當接洽哪個發照機構；該機構為：

姓名	Community Care Licensing		
地址	801 Traeger Avenue Suite 100		
城市	San Bruno	郵遞區號	94066
		區號 / 電話號碼	650-266-8843

沿此線撕下

致：父母 / 監護人 / 孩子或授權代表：

放在孩子檔案中

在如上所述之個人權利滿意並完全透露後，請填妥下列認知：

認知： 我 / 我們，在將孩子入托給下列機構時，已親自得到告知，並收到一份在加州管理法則第22條例中關於個人權利的通知：

(工整書寫場所的名稱)	(工整書寫場所的地址)
Stonestown Family YMCA - Sunset ES	1920 41st Ave, San Francisco, CA 94116
(工整書寫孩子的姓名)	

(授權代表 / 父母 / 監護人簽名)

(授權代表 / 父母 / 監護人職稱)

(日期)

托 兒 照 顧 中 心 家 長 權 利 通 知

家長的權利：

做為家長 / 家長的授權代表，你有權：

1. 當孩子在托兒照顧中心托管時，隨時進入並檢查托兒照顧中心而無須事先通知。
2. 向發照機構投訴持照人，並查閱發照機構保管有關托兒照顧中心持照人的公共檔案。
3. 在托兒中心查閱發照機構查訪報告，及過去三年內對持照人被證實的投訴。
4. 向發照機構投訴並檢查托兒照顧中心而不因此令你或你孩子受到歧視或報復。
5. 由持照人通知和拿到一份書面通知，當小孩在場時，列出不准許出現在托兒照顧中心的人。
(注意：這通知只規定當部門有書面通知防止某人在 2001 年，1月1日或之後進入托兒照顧中心。)
6. 如果你能提出法庭判令的公證副本，你可以以書面提出要求另外那位家長不得到托兒照顧中心探訪你的孩子，也不得將孩子帶出托兒照顧中心。
7. 由持照人處獲得當地的執照發放機構的名稱，地址和電話號碼。
發照機構名稱： Community Care Licensing
發照機構地址： 801 Traeger Avenue Suite 100
發照機構電話號碼： 650-266-8893
8. 在你要求後，由持照人處可得到犯罪記錄免除之人的姓名及他跟托兒照顧中心的關係，你也可以從當地的執照發放機構獲得此人的姓名。
9. 由持照人處獲得看顧人背景調查過程表。
10. 由持照人通知設施是否有責任保險（或者法律協定）處理因持照人或員工的疏忽而導致委托人的損傷。

請注意：如果某位家長/授權代表的行為對受托管孩童之安全構成威脅，加州法律允許托兒照顧中心持照人拒絕該家長/授權代表進入托兒照顧中心。

請覽閱司法部有關“已登記的性犯罪犯”的網頁， www.meganslaw.ca.gov

LIC 995A (CH) (8/08)

(沿此線剪下，上聯交家長保留)

家 長 權 利 通 知 領 取 承 認 書

(必需由家長 / 授權代表簽署)

本人， _____ 的家長 / 授權代表，

已由此托兒中心持照人處收到“托兒照顧中心家長權利通知”，“看顧人背景調查過程表”和“托兒照顧中心用戶意識資料”各一份。

托兒照顧中心名稱 Stonestown Family YMCA - Sunset ES

簽名 (家長 / 授權代表) _____

日期 _____

請注意：此領取承認書必須保留在孩子的檔案中，並且通知書則須交給家長 / 授權代表。請覽閱司法部有關“已登記的性犯罪犯”的網頁， www.meganslaw.ca.gov

