



ARROWWOOD – Día de Salida para Niños

Formulario de Inscripción 2026

Servicios de Apoyo Familiar y Comunitario de Vulcan y Región

Los formularios completos pueden enviarse a: yc@vulcanandregionfcss.com

Nombre del niño/	Edad del niño/a	Alergias o condiciones médicas	
Nombre del niño/	Edad del niño/a	Alergias o condiciones médicas	
Nombre del niño/	Edad del niño/a	Alergias o condiciones médicas	
Nombre del niño/	Edad del niño/a	Alergias o condiciones médicas	
Nombre del padre/madre		Teléfono del padre/madre/	Teléfono alternativo
Dirección del padre/madre			Correo electrónico
Dates to attend	6 de Agosto	13 de Agosto	20 de Agosto

La entrega (10:00 a. m.) y la recogida (3:00 p. m.) serán en el parque Centre Street. Los niños pequeños deben ser recogidos por un padre/madre/tutor. Se proporcionará un almuerzo saludable. Seleccione el almuerzo para cada niño/a. Se incluyen frutas y verduras. También puede optar por enviar el almuerzo desde casa; si es así, por favor infórmenos.

6 de Agosto			
Jamón y queso	Ensalada de huevo	Mantequilla de maní y mermelada	Traer almuerzo propio
13 de Agosto			
Jamón y queso	Ensalada de huevo	Mantequilla de maní y mermelada	Traer almuerzo propio
20 de Agosto			
Jamón y queso	Ensalada de huevo	Mantequilla de maní y mermelada	Traer almuerzo propio

Servicios de Apoyo Familiar y Comunitario de Vulcan y Región
Formulario de Consentimiento Informado – Día de Salida para Niños

Los Servicios de Apoyo Familiar y Comunitario de Vulcan y Región harán todo lo posible para ofrecer programas infantiles que cumplan o superen las normas previstas de salud y seguridad.

Al inscribir a su hijo/a en este programa, usted acepta y entiende que existe un riesgo inherente en actividades físicas como caminar, correr, saltar, jugar, etc., incluyendo, entre otros, caídas, cortes, raspones, moretones, quemaduras solares, torceduras, fracturas y picaduras de insectos o animales.

(Iniciales): _____

¿Tiene(n) su(s) hijo(s) alguna alergia o condición médica que el personal deba conocer mientras esté(n) bajo nuestro cuidado? _____

He informado sobre las condiciones médicas o alergias de mi(s) hijo(s) y sobre cualquier medicamento necesario para su calidad de vida o que salve vidas (por ejemplo, autoinyectores de epinefrina, inhaladores, etc.). Me aseguraré de enviar estos medicamentos con mi(s) hijo(s) en todo momento y de que un miembro del personal sepa cómo administrarlos si el niño/a no puede hacerlo por sí mismo/a. Acepto responder con prontitud a cualquier llamada o mensaje del personal.

Nombre y número de la persona a contactar en caso de lesión o enfermedad: _____

Nombre del padre/madre (en letra de imprenta): _____

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Nombre(s) del/de los niño(s): _____

Consentimiento para el uso de imágenes

Doy mi consentimiento para que los Servicios de Apoyo Familiar y Comunitario de Vulcan y Región utilicen fotografías y/o videos de mi(s) hijo(s) en su material promocional, incluyendo, entre otros, carteles, folletos, redes sociales, sitio web y presentaciones.

Nombre del padre/madre (en letra de imprenta): _____

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Por favor tenga en cuenta que TODOS los niños deben ser recogidos antes de las 3:00 p. m. o a más tardar a esa hora – SIN EXCEPCIONES.