



Os registos precisam ser mantidos por até cinco (5) após a criança sair do programa.

Nome da Criança: _____ Data de Nascimento: _____

Cor dos olhos: _____ Cor dos cabelos: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sexo: _____ Outro: _____

**foto da criança mais descrição física: (*Opcional)*

Favor completar este formulário em sua totalidade. Se alguma questão não se aplica a sua criança, escreva N/A (não aplicável). Os formulários precisam estar nas mãos da educadora antes ou no primeiro dia em que a criança começa no programa. Favor notificar sua educadora se alguma informação muda.

Informações Gerais

Data de Admissão: _____ Idade na Admissão: _____ Data de Quitação: _____

Motivos de quitação:

Nome Completo da Criança:

Primeiro: _____ Sobrenome: _____ Apelido: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Zip: _____ Número de telefone: _____

Idioma Primário da Criança: _____ Idioma Primário dos Pais: _____

Alergias/Dietas Especiais: _____

Nome Do Pai/Mãe ou Tutor(es):

Primeiro: _____ Sobrenome: _____ Email: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Zip: _____ Telefone: _____

☐ Adicione Cópias de Acordo de Custódia, Ordens Judiciais, Ordens de Restrição (Se Aplicável).

Localização do Pai/Mãe ou Tutor(es) Durante a Prestação de Cuidados Infantis:

Pai/Mãe ou Tutor: _____ Pai/Mãe ou Tutor: _____

Celular: _____ Celular: _____

Local: _____ Local: _____

Telefone: _____ Telefone: _____

Contacto de Emergência/Pessoa de Levantamento Autorizada

Em caso de uma emergência em que não possa ser contactado(a), a educadora pode contactar as seguintes pessoas (pela ordem indicada), as quais autorizo a levantar o meu filho nas instalações de cuidados infantis.

(1) Nome: _____ Endereço: _____

Telefone: _____ Celular: _____

(2) Nome: _____ Endereço: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Plano de Transporte/Autorização Para Buscar a Criança

No seu espaço abaixo, favor anotar qualquer informação em relação a como a criança chegará e sairá do programa. (exemplo – indique quem supervisionará a criança durante a transportação até o programa, quem supervisiona do ponto de ônibus até o programa, etc.)

Minha criança chegará ao programa por:

- ☐ Pelos Pais
- ☐ Supervisionado
- ☐ Sem supervisão
- ☐ Ônibus
- ☐ Transporte particular provido pelos pais

Minha criança sairá do programa por:

- ☐ Pelos Pais
- ☐ Supervisionado
- ☐ Sem supervisão
- ☐ Ônibus
- ☐ Transporte particular provido pelos pais

Além disso, autorizo a seguinte pessoa a levantar o meu filho nas instalações de cuidados infantis. (É aconselhável que informe o prestador de cuidados no início do dia quando o seu filho for levantado por uma das pessoas autorizadas.)

Nome: _____ Endereço: _____
Telefone: _____ Celular: _____
Nome: _____ Endereço: _____
Telefone: _____ Celular: _____

Dias/Horário de Presença

DIA	HORÁRIO	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO	HORÁRIO
Segunda-Feira			Terça-Feira			Quarta-Feira		
Quinta-Feira			Sexta-Feira			Sábado		
Domingo								

Idade Escolar Somente

Nome da Escola que a criança atende: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

Eu certifico que a documentação do exame físico e imunizações em acordo com os requerimentos da escola pública e envenenamento de chumbo em acordo com os requerimentos da escola pública arquivado na escola da minha criança.

Iniciais dos Pais/Guardiões: _____

Consentimento para Avaliações e Relatórios Periódicos de Progresso

Eu autorizo CDE e minha FCC educadora para conduzir avaliações educacionais e de desenvolvimento, também relatórios periódicos de progresso requeridos pelo EEC, sobre minha criança e me prover com feedback

Iniciais dos Pais/Guardiões: _____

Confirmação por Escrito do Recebimento do Manual dos Pais

Eu reconheço que recebi uma cópia do manual dos pais da educadora e também informações sobre envenenamento de chumbo (talvez esteja incluído no manual dos pais).

Assinatura dos Pais/Guardiões: _____ **Date:** _____

Notificação de Visita Pelos Pais

Compreendo que posso visitar este lar de cuidados infantis familiares sem qualquer pré-aviso durante as horas em que o meu filho está sob cuidados.

Assinatura dos Pais/Guardiões: _____ **Date:** _____

Pediatra ou Profissional da Saúde da Criança

Nome: _____ Telefone: _____
Emoção: _____ Cidade: _____

Informações de alergias, dietas especiais, condições crônicas de saúde, limitações especiais, preocupações incluindo medicações que a criança esteja tomando em casa ou na escola e possíveis efeitos colaterais:

Informações Sobre Seguro Médico (opcional)

Nome do Subscritor: _____ N.º da Apólice #: _____
Tipo de Seguro: _____ ☐ Cópia do Cartão de Seguro

Histórico do Desenvolvimento e Informações Básicas

Regulamentos de cuidados infantis requerem que essa informação esteja no arquivo para endereçar as necessidades das crianças enquanto estão no programa.
(*Favor forneça informações para bebês e crianças pequenas, com *, se estão de acordo com a idade de sua criança.)

Histórico do Desenvolvimento

Idade que começou a sentar: _____ Engatinhar: _____ Andar: _____ Conversar: _____

*Sua criança se levanta? _____ *Engatinhar? _____ *Anda com apoio? _____

Dificuldades com a fala? _____

Palavras que usa para descrever necessidades: _____

Idioma(s) falado em casa: _____ *Histórico de cólica? _____

*Sua criança usa bico ou chupa o dedo? _____ *Quando? _____

*Sua criança tem um período de irrequietação? _____ *Quando? _____
*Como você lida com esse período? _____

Saúde

Complicações no parto? _____

Doenças sérias e/ou hospitalizações: _____

Condições especiais, deficiências: _____

Alergias exemplos: asma, febres, picadas de inseto, medicamentos, reações a alimentos:

Medicamentos: _____

Hábitos de Alimentação

Características especiais e dificuldades: _____

*Se o bebê usa uma fórmula especial, descreva sua preparação em detalhes:

Alimentos favoritos: _____

Alimentos que não gosta: _____

*A criança come no colo? _____ *Cadeirainha? _____

*Sua criança come com: Colher? _____ Garfo? _____ Mãos? _____

Hábitos Higiênicos

*Fraldas descartáveis ou de pano? _____

*Tem assaduras com frequência? _____

*O que você usa: Óleo de bebê: _____ Talco: _____ Creme: _____ Outro: _____

*Movimentos intestinais regulares? _____ Quantas vezes por dia? _____

*Tem problema com diarreia? _____ Constipação? _____

*O desfralde foi praticado? _____

*Favor descreva qualquer procedimento de desfralde para ser usado durante o programa de cuidados infantis:

O que é usado na escola: Pinico? _____ Ajuste no vaso? _____ Vaso? _____

Como sua criança indica as necessidades de banheiro (incluindo palavras especiais): _____

Sua criança fica relutante em ir ao banheiro? _____ Tem acidentes? _____

Hábitos de dormir

*Sua criança dorme em: Um Berço? _____ Cama? _____

Sua criança fica cansada durante o dia ou tira uma soneca durante o dia (inclua quando e por quanto tempo)?

Observação: A American Academy of Pediatrics (academia norte-americana de pediatria) determinou que colocar um bebê de costas para dormir reduz o risco de Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL). A SMSL é a morte súbita e inexplicável de um bebê com menos de um ano de idade. Se o seu filho normalmente não dormir de costas, contate imediatamente o seu pediatra para debater a melhor posição de sono para o seu bebê. Demore também o tempo necessário para debater a posição de sono do seu filho com o seu auxiliar. O seu prestador de cuidados irá colocar o seu bebê de costas para dormir, a não ser que uma ordem médica por escrito especifique uma posição contrária.

Iniciais do Responsável: _____

Qual o horário que sua criança vai dormir? _____ Que horas acorda? _____

Descreva quaisquer circunstâncias ou necessidades especiais (por exemplo: animal de peluche, história, humor ao acordar, etc.):

Relacionamentos Sociais

Como você descreveria sua criança:

Tem experiência com outras crianças/daycare: _____

Reações a estranhos: _____ Consegue brincar sozinho: _____

Brinquedos favoritos:

Medos (escuro, animais, etc.):

Como voce consola sua crianca: _____

Qual o metodo de disciplina usado em casa: _____

O que voce quer que sua crianca aprenda dessa experiencia em cuidados infantis?

Rotina Diaria

Favor descrever um dia tipico de sua crianca. *Para bebês, favor incluir o horario que levanta, come, dorme, troca de fraldas, cansaco, noite, etc.

Algo mais que precisamos saber sua crianca?

Assinatura do Responsavel/Guardiao: _____ **Data:** _____

Autorizações (para cada criança inscrita)

Autorização geral (os pais não devem assinar esta autorização a não ser que lugares específicos onde o seu filho está autorizado a ir sejam indicados pelo seu prestador de cuidados.)

Através da assinatura deste impresso, autorizo que o meu filho seja levado para fora das instalações de cuidados infantis.

Através da presente, autorizo _____ (educadora/auxiliar) a levar o meu filho _____ para fora das instalações do lar de

cuidados infantis familiares para as seguintes excursões: (lugares específicos aos quais o seu filho está autorizado a ir):

recorrendo aos seguintes métodos de transporte:

Assinatura do Pai/Mãe ou Tutor : _____ **Data:** _____

☐ Não quero que o meu filho seja levado para fora das instalações de cuidados infantis.

Assinatura do Pai/Mãe ou Tutor: _____ **Data:** _____

Permissão para Transportar para Local Médico e Receber Tratamento Médico de Emergência

Tratamento médico de emergência (o Department of Early Education and Care [EEC, ministério da educação e cuidados infantis] recomenda que verifique junto do seu hospital local se esta declaração é ou não aceitável)

Através da presente, autorizo _____ (prestador de cuidados/auxiliar) a administrar primeiros socorros e/ou RCP a ao meu filho , _____ e/ou a levar o meu filho a um hospital para receber tratamento médico quando eu não estiver contactável ou quando qualquer demora possa ser perigosa para a saúde do meu filho.

Assinatura do Pai/Mãe ou Tutor: _____ **Data:** _____

Medicação tópica/pomadas (indique apenas os medicamentos/pomadas que permite que o prestador de cuidados aplique na pele do seu filho):
Exemplos: protector solar, repelente de insectos, pomada após a muda de fraldas.

Assinatura do Pai/Mãe ou Tutor: _____ **Data:** _____

Informação Importante para os Pais

Você tomou uma importante decisão sobre a provedora(o) de cuidados infantis e concorda em manter a Child Development and Education (CDE) inofensiva de qualquer dano ou negligência de sua(s) criança(s) que possa resultar enquanto a(s) criança(s) estiver no cuidado da provedora(o). Você entende que a provedora(o) de cuidados infantis é independente e não funcionária da CDE, por tanto não está sujeita(o) aos regulamentos or supervisão da CDE. *this is the first paragraph of the page.

Assinatura do Pai/Mãe ou Tutor: _____ **Data:** _____

O Departamento de Educação da Primeira Infância (EEC) possui documentos que podem orientar tanto você quanto a provedora(o) em documentar importantes informações que são requeridas pelo licenciamento do EEC. Se os seguintes formulários se aplicarem a você, é importante que você e seu provedor(a) completem esses formulários e os mantenham arquivos no programa.

(found at: http://www.mass.gov/Eoedu/docs/EEC/forms_techasst/fcc_forms/2010_fcc_sample_forms_pkt.pdf)

- **Impresso de actualização anual:** Quando uma criança tiver estado a seu cargo durante um ano, tem de pedir aos pais que revejam e atualizem quaisquer informações e impressos de autorização por escrito no processo do seu filho ou filha. Utilize este impresso para garantir que todas as informações foram actualizadas..
- **Alterações na composição do agregado familiar:** Se houver quaisquer alterações no seu agregado familiar durante o período de licenciamento de três anos (por exemplo, novo bebé, criança adotada, criança em acolhimento, qualquer pessoa com 15 anos ou mais que irá estar presente durante mais de 30 dias), tem de enviar as informações necessárias ao Ministério.
- **Registo de evacuação/detectores de fumo:** Tem de realizar exercícios de simulação de evacuação pelo menos uma vez por mês para cada piso aprovado. Este impresso de amostra contém também um registo de detectores de fumo para documentar o seu teste mensal dos seus detectores de fumo. Estes registos serão verificados por um agente da autoridade de licenciamento em visitas de rotina.
- **Impresso de supervisão indirecta:** Utilize este impresso para obter autorização por escrito dos pais para que crianças a partir dos sete anos de idade utilizem o espaço aprovado sem supervisão directa e saiam das instalações de cuidados infantis sem supervisão directa.
- **Recreio exterior com supervisão periódica:** Este impresso apenas pode ser utilizado com crianças a partir dos cinco anos se o espaço de recreio exterior estiver cercado por uma vedação com pelo menos 1,20 metros de altura e estiver situado nas instalações de cuidados infantis de uma família única ou residência no primeiro piso.
- **Autorização dos pais para medicamentos e registo de administração de medicamentos:** Utilize este impresso para obter autorização por escrito para qualquer medicamento sujeito a receita médica ou de venda livre que o pai/mãe ou tutor lhe possa pedir para administrar. Utilize o registo para documentar o que administrou..
- **Registo de observações:** Utilize este impresso para documentar quaisquer marcas graves ou inusitadas, contusões, lesões ou ocorrências repetitivas, como exantema de fralda grave, que sejam observadas na criança ao chegar ao lar de cuidados infantis ou ao longo do dia.
- **Excursão especial (excursão escolar):** Utilize este impresso para qualquer excursão que não conste do impresso de "Autorização geral" no pacote de inscrição em cuidados infantis familiares.
- **Permission for Use of On-Site Swimming Pool:** Use this form to obtain written parental permission for children to use an on-site Swimming Pool. Please remember that children must be directly supervised at all times during activities involving water.
- **Relatório de lesões:** Tem de informar imediatamente o EEC de qualquer morte, lesão grave, hospitalização ou tratamento de emergência por pessoal médico. Além disso, este impresso tem de ser enviado no prazo de 48 horas ao Departamento do EEC. Lesões simples devem ser documentados e mantidos no arquivo do programa.



Autorização Médica

Prezado Médico:

Minha criança, _____, está matriculado em uma creche familiar licenciada pelo Departamento de Educação e Cuidado Infantil. Os regulamentos do Departamento de Educação Infantil e Cuidados exigem que o formulário de Histórico Médico seja preenchido e assinado pelo médico da criança ou fonte de cuidados de saúde. Além disso, evidências de que a criança foi imunizada com sucesso de acordo com os cronogramas recomendados pelo Departamento de Saúde Pública atual devem ser apresentadas e assinadas pelo médico ou fonte de assistência médica.

Assinatura do Pai/Mãe ou Tutor: _____ **Data:** _____

Evidência de um exame físico deve ser válido por um (1) da data em que a criança foi examinada e deve ser renovado anualmente.

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo da criança:

Primeiro: _____ Sobrenome: _____ Apelido: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Zip: _____ Telefone: _____

Nome dos Pais/Guardião:

Primeiro: _____ Sobrenome: _____ Email: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Zip: _____ Telefone: _____

Data do físico da criança:

Sua opinião sobre a saúde da criança e aparência:

Essa criança foi avaliada sobre a contaminação de chumbo? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual foi a data: _____

(*pelo menos uma vez entre as idades de 9012 meses, anualmente- 2 & 3; aos 4 anos se estiver em alto risco de contaminação de chumbo)

Essa criança tem alguma deficiência ou problemas crônicos de saúde (alergias, visão limitada, etc) que requerem uma consideração especial ou cuidados especiais? Se sim, favor descrever abaixo:

Assinatura do Médico: _____ **Data:** _____

Favor retornar esse formulário e relatório de vacina para:



Aviso Aos Pais Sobre a Supervisão de Crianças

Educadores de Cuidados Infantis devem exercer bom senso quando estão supervisionando crianças em seus cuidados. Quando uma criança usa transporte especializado de ou para o programa de cuidados infantis, talvez será necessário o educador acompanhar a criança para o veículo.

Se o educador estiver acompanhando uma criança de e/ou de um veículo de transporte, o educador deve atender aos seguintes requisitos:

- Todas as crianças sob cuidados estarão no nível do primeiro andar antes que o educador possa sair para acompanhar uma criança de ou para um veículo de transporte.
- O educador garantirá que todas as crianças que permanecerem na casa estejam em um ambiente livre de riscos.
- O educador considerará o número, idades e necessidades das crianças sob cuidados, a fim de garantir a segurança de todas as crianças sob cuidados infantis enquanto acompanhando uma criança de ou para um veículo de transporte. Precauções especiais serão tomadas para garantir a segurança de todas as crianças quando houver uma criança de cuidado infantil que é anormalmente agressiva ou ativa ou apresenta dificuldades de comportamento.
- O educador notificará os pais de todas as crianças sob cuidados de que as crianças estão sendo acompanhadas de e para os veículos de transporte e devem obter o consentimento por escrito de todos os pais envolvidos.
- O educador permanecerá à vista da creche familiar ao acompanhar uma criança e o Provedor não estará a mais de 15 metros de distância a casa.
- O educador permanecerá em casa com as crianças que cuidam das crianças até que o veículo de transporte chegue à casa. O provedor minimizará o quantidade de tempo fora de casa

OBSERVAÇÃO: Isso se aplica apenas a veículos de transporte. As crianças em programas de cuidados infantis que caminham de ou para o ponto de ônibus escolar podem caminhar sem escolta se o pai da criança der autorização por escrito ao educador.

Além disso, se o educador tiver um filho com menos de seis meses no momento da inscrição e estiver nas primeiras seis semanas de atendimento, esses as crianças devem estar sob supervisão visual direta do educador. O educador não poderá acompanhar uma criança de e para um veículo de transporte, a menos que o educador leve o bebê com ela ou ela tenha um assistente aprovado para fornecer os cuidados necessários cobertura de supervisão.

Consentimento do Pai/Mãe

Compreendo e aceito que o meu prestador de cuidados infantis familiares, _____
(nome do prestador de cuidados) possa deixar a(s) minha(s) criança(s), _____
sozinhas no primeiro piso do lar de cuidados infantis familiares enquanto traz/leva outra criança de/para um veículo de transporte e que, enquanto o faz, tomará todas as medidas necessárias para garantir a segurança da(s) minha(s) criança(s).

Assinatura do Pai/Mãe ou Tutor: _____ **Data:** _____



Educador: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Coordenadora: _____ Telefone: _____

Escritório Regional: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Diretora Regional: _____ Telefone: _____

Email da diretora regional: _____

Subsídio: ☐ Voucher ☐ Contrato do valor a pagar: \$ _____ Data de início: _____ Data de expiração: _____

(Deve se comunicar para renovar seu contrato de subsídio com duas semanas antes da data de expiração)

Prezado Pai/Responsável:

Bem-vindo à Child Development and Education Inc. (CDE), o maior e mais abrangente sistema de cuidados infantis familiares! Estamos ansiosos para trabalhar com você e sua(s) criança(s), fornecendo suporte e assistência da família e do provedor. Por favor, preencha o pacote de inscrição em anexo completamente. Isso vai ser usado pelo educador para garantir que as necessidades de saúde, segurança e educação e cuidados iniciais de sua criança sejam atendidas.

No primeiro dia de frequência de seu filho, você deve ter preenchido e assinado este pacote de inscrição. Recomendamos que você mantenha uma cópia para seus registros. Seu provedor deve manter essas informações nos arquivos de sua criança. Sem essa documentação, sua criança não poderá iniciar o programa. Estas informações devem ser revisados e atualizados anualmente, e quaisquer alterações comunicadas ao seu provedor imediatamente.

Incentivamos você a trabalhar em estreita colaboração com seu provedor, mantendo um diálogo aberto e um papel ativo no educação precoce e cuidado de sua criança. Incentivamos você a visitar sua criança a qualquer momento (anunciada ou sem aviso prévio): isso ajudará na construção de relacionamentos e no envolvimento familiar que é tão crítico para o seu primeira experiência educacional da criança.

A equipe da CDE Inc se dedica a ajudá-lo, como pai/responsável, em sua jornada nestes anos de educação infantil por meio de cuidados em idade escolar. Por favor, sinta-se livre para entrar em contato conosco com quaisquer perguntas, sugestões, preocupações ou ideias e, por favor, participe conosco de nossas noites e passeios em família. Aproveite sua cópia do Family Times, nosso boletim de engajamento familiar, e deixe-nos saber o que está em sua mente.

Child Development and Education, Inc.



FICHA FAMILIAR

As informações a seguir são fornecidas a você para ajudá-lo a entender os direitos da família e do provedor e responsabilidades, bem como um resumo dos serviços..

Licença: Cada um de nossos provedores parceiros de cuidados infantis familiares (FCC) é um contratado independente licenciado pelo Departamento de Educação Infantil e Cuidados (EEC). Nossos fornecedores administram seus próprios negócios e demonstraram que ele/ela atende aos padrões descritos nos regulamentos do EEC (606 CMR 7.00). Para obter sua cópia do EEC Regulamentos de cuidados infantis familiares, você pode baixá-los no site do EEC em: <http://www.mass.gov/edu/government/departments-and-boards/departament-of-early-education-and-care>

Inscrição/Capacidade: Um provedor só pode cuidar do número de crianças indicado em sua licença. Por Favor certifique-se de pedir para ver uma cópia da licença do provedor. Um provedor pode cuidar de não mais de três crianças menores de a idade de dois anos, com uma das crianças de quinze meses de idade e andando. Qualquer dúvida ou preocupação sobre a inscrição pode ser discutida com o provedor, seu coordenador CDE ou você pode entrar em contato com o EEC.

Supervisão/Sono Seguro: Um provedor deve supervisionar diretamente as crianças em todos os momentos, capaz de ver ou ouvir crianças sem interferência. A supervisão das crianças é igualmente importante durante os períodos em que a criança está dormindo. Os provedores devem seguir os regulamentos do EEC sobre práticas seguras de sono. Todos os bebês devem ser colocados em seus colchões ou cercados para dormir, a menos que o médico da criança ordene o contrário (em arquivo, por escrito, com o provedor). Os provedores devem verificar se as crianças estão cochilando a cada 15 minutos. Para uma criança com menos de seis meses de idade, um provedor deve supervisioná-los diretamente durante a soneca durante as primeiras seis semanas de cuidado.

Uso de Assistentes: Se aprovado pelo EEC, um programa de cuidados infantis (FCC) pode ter um assistente para ajudar a cuidar das crianças. O educador deve informar o pai/responsável da criança sobre o nome do assistente e quando o assistente estará ajudando nos cuidados com as crianças..

Plano para atender a possíveis emergências: Os regulamentos do EEC exigem que os provedores tenham um plano para atender possíveis emergências que possam ocorrer durante o horário de atendimento infantil ou a qualquer momento, se puderem afetar o funcionamento do casa do FCC. No caso de uma emergência de evacuação, o educador entrará em contato com as autoridades locais para determinar se deve evacuar a casa (FCC programa) ou permanecer abrigado. Caso o programa precise ser evacuado em caso de incêndio, desastre natural, perda de energia, calor ou água, ou qualquer outra situação de emergência, um local alternativo será providenciado como abrigo. O educador notificará os pais/responsáveis, bem como o autoridades competentes (bombeiros, polícia, etc.) e EEC. O educador garantirá que nenhuma criança seja deixada no programa após uma evacuação.

Cuidados com educadores substitutos/alternativos: Cuidados substitutos serão fornecidos para sua criança caso sua FCC prestador de cuidados é incapaz de fornecer cuidados por um período temporário para sua criança. Você deve preencher o CDE Inc. Formulário de Back-Up Child Care, fornecendo permissão por escrito para o cuidado com um educador substituto. A equipe do CDE irá ajudá-lo a garantir que o FCC educador substituto tem todos os registros de cuidados infantis exigidos..



FICHA FAMILIAR continuação

Currículo: Seu educador oferecerá um currículo equilibrado de experiências de aprendizado específicas e planejadas que apoiam o desenvolvimento social, emocional, físico, intelectual e de linguagem de sua criança. Será adequado ao desenvolvimento, apoiará a prontidão escolar, será um aprendizado baseado em projetos e fornecerá o desenvolvimento e os interesses de sua criança.

Segurança: O EEC tem vários padrões de licenciamento de saúde e segurança relacionados à saúde e segurança em um FCC. Estes podem ser encontrados no capítulo 7.11 Saúde e Segurança dos regulamentos de licenciamento do EEC. A maioria destes padrões descrevem precauções de segurança comuns, como tornar materiais perigosos inacessíveis, cobrir tomadas, tendo um kit de primeiros socorros, praticando exercícios de evacuação, fechando escadas, janelas e/ou elementos de aquecimento, postar números de emergência e manter um espaço interno limpo e livre de riscos. Além disso, aprovado o espaço ao ar livre para uso deve ser seguro e livre de perigos com materiais apropriados para a zona de queda.

Informações médicas: As informações médicas sobre sua criança devem ser fornecidas ao seu educador dentro de trinta dias de matrícula. Para Populações Prioritárias, as famílias podem ter dificuldade em obter registros médicos. De acordo, essas famílias terão até seis meses a partir da admissão para obter e fornecer registros médicos. Os registros médicos incluem:

- Certificação de um médico, enfermeira ou assistente do médico de que a criança foi imunizados com sucesso de acordo com o cronograma recomendado pelo Departamento de Saúde Pública.
- Uma declaração por escrito de um profissional de saúde licenciado dentro de um mês da admissão que indicou que a criança teve um exame físico completo dentro de um ano de admissão.
- Uma declaração assinada por um médico ou funcionário de uma agência de saúde obtida dentro de um mês de admissão afirmando que a criança foi rastreada para envenenamento por chumbo. Todas as crianças devem ser examinadas em menos uma vez entre as idades de nove e doze meses e, a partir daí, anualmente até os três anos de idade.

Se sua criança estiver em idade escolar, você pode fornecer uma declaração por escrito de que as informações médicas necessárias estão arquivadas com a escola dele(a)..

Prevenção de envenenamento por chumbo: os provedores são obrigados pelo EEC a fornecer informações aos pais/responsáveis sobre os riscos de envenenamento por chumbo.

- O envenenamento por chumbo é causado pela ingestão ou respiração do chumbo. É um veneno quando entra no corpo.
- O chumbo pode permanecer no corpo por muito tempo e é mais absorvido por crianças pequenas. Os danos causados pelo chumbo pode nunca ir embora. O envenenamento por chumbo pode levar a:
 - Danos ao cérebro, rins e sistema nervoso
 - Retardar o crescimento e desenvolvimento da criança
 - Dificultando o aprendizado
 - Danos à audição e fala
 - Causar problemas de comportamento
- A maior parte do envenenamento por chumbo em MA vem do pó de tinta com chumbo em casas antigas. Muitas casas construídas antes 1978 têm pintura de chumbo no interior e exterior do edifício. Quando a tinta velha descasca ou racha, cria lascas de chumbo e poeira. Essa poeira flutua até o chão, entrando nos corpos das crianças. Crianças entre as idades de nove e doze meses estão em maior risco.
- Reparos e reformas em casa podem criar pó de chumbo.



FICHA FAMILIAR continuação

- A maioria das crianças com envenenamento por chumbo não parece ou age como doente. Você deve realizar um teste de chumbo – pergunte seu médico. Alguns sintomas podem incluir:
 - Dor de estômago
 - Problemas para comer ou dormir
 - Dor de cabeça
 - Problemas para prestar atenção

Administração de Medicamentos: Seu educador deve ter uma política por escrito sobre a administração de medicamentos prescritos e medicamentos sem receita. A política deve prever a administração de medicamentos prescritos por médico de sua criança e de acordo com o capítulo 7.11.02 dos regulamentos de licenciamento do EEC. O a primeira dose de qualquer medicamento deve ser administrada pelos pais em casa em caso alguma reação alérgica aconteça. Todos os medicamentos devem ser fornecidos ao provedor pelos pais e armazenados fora do alcance das crianças. O provedor manterá um registro escrito da administração de qualquer medicamento que incluirá a data de administração, o horário, a dosagem, o modo de administração e quem administrou o medicamento. Esse registro completo passará a fazer parte do arquivo da criança. Todos os medicamentos não utilizados serão devolvidos aos pais se possível, ou descartado de acordo com as diretrizes do Departamento de Saúde Pública.

- **Medicação prescrita:** A medicação prescrita deve ser trazida para a casa do provedor em seu original recipiente e deve conter o nome da criança, o nome do medicamento, a dosagem, número de vezes por dia e número de dias em que o medicamento deve ser administrado. A etiqueta da prescrição pode ser aceito como autorização por escrito pelo médico. O educador não administrará nenhum medicamento contrário às instruções do rótulo, a menos que autorizado por ordem escrita do médico da criança. Você deve preencher o formulário “Permissão dos Pais para Medicação/Administração de Medicação” antes do medicamentos podem ser administrados.
- **Medicação sem receita médica:** Você deve preencher a “Permissão dos Pais para Medicação/Medicação Administração” antes que o medicamento possa ser administrado. Todos os medicamentos sem receita deve estar na embalagem original do fabricante. Cada administração de medicamento sem receita médica será documentado. Seu educador deve informá-lo no final de cada dia sempre que um tópico medicamento é aplicado a uma assadura.

Todos os medicamentos devem ser administrados de acordo com os requisitos de consentimento e documentação conforme especificado no regulamento EEC 7.11.02 (I).

Saúde Oral: O EEC emitiu novos regulamentos para todos os programas de educação e cuidados infantis para ajudar crianças com escovar os dentes se as crianças estiverem sob cuidados por mais de quatro horas ou se as crianças fizerem uma refeição enquanto estiverem sob cuidados. Você pode escolher que seu(s) filho(s) não participe(m) da escovação de dentes enquanto estiver em seu programa FCC. Se você não deseja que sua criança escove os dentes enquanto frequenta a creche, você deve preencher o questionário de saúde bucal Formulário de Não Participação, e renová-lo anualmente. Este formulário será mantido no registro de sua criança.

Lembre-se - Se você tiver dúvidas, preocupações, sugestões, queremos ouvi-lo! Estamos aqui para ajudá-lo a encontrar e manter um ambiente estimulante, de alta qualidade, ambiente de aprendizagem precoce para a sua criança!



Reconhecimento do Manual dos Pais CDE

Eu reconheço que recebi uma cópia do Manual da Família da agência Child Development and Education, Inc., e que li e compreendi totalmente as políticas e procedimentos que a Child Development and Education, Inc. escreveu. Eu entendo que se eu não respeitar as suas políticas e procedimentos, que os serviços de cuidados infantis do(s) meu filho/filhos de filhos podem ser encerrados.

Data: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Pai/Mãe ou Tutor _____



Nome do Guardião/Mãe/Pai: _____

Endereço: _____

Nome da criança: _____ Data de Início: _____

Nome da Educadora: _____

Depósito Inicial (Se aplicável): _____

Os responsáveis entendem que a criança não poderá começar enquanto as duas (2) semanas iniciais não forem pagas; uma semana de depósito e a primeira semana de cuidado. Crianças que comecem antes do pagamento ser efetuado devem se responsabilizar de pagar a educadora diretamente. Seu depósito será retido para a última semana de cuidado.

Depósito	Valor semanal*	Valor do Início da Semana:
\$	\$	

Os pais/responsáveis devem pagar a taxa semanal completa todas as semanas, até a segunda-feira anterior à semana de atendimento. Os pagamentos podem ser feitos em dinheiro, cheque, ordem de pagamento ou através de autorização de cartão de crédito para o critério regional. O nome do pai/responsável deve ser identificado no cheque/ ordem de pagamento. Os pais receberão extratos mensais mostrando o histórico recente de faturamento/pagamento. Os envelopes de pagamento serão incluído nas declarações. É responsabilidade dos pais manter o escritório do CDE informado sobre qualquer mudança de endereço.

Intial

Os pais/responsáveis entendem que as taxas dos pais estão sujeitas a alterações. A taxa parental em seu voucher atual substitui a taxa parental listado acima. Se houver qualquer alteração na Taxa Principal, como um aumento nas taxas, um segundo depósito deverá ser cobrado pela diferença do novo taxa semanal por criança. Se houver uma redução nas taxas, quaisquer depósitos feitos não podem ser reembolsados na forma de dinheiro, cheque ou ordem de pagamento, mas em vez disso, será reembolsado em sua conta como um crédito em seu saldo. Para quaisquer alterações na Taxa Principal, uma novo Acordo de Reconhecimento de Taxa deve ser assinado pelos pais/responsáveis.

Intial

Os pais/responsáveis entendem que devem pagar independentemente de ausências explicadas ou não justificadas (doença e/ou máximo de 2 semanas férias por ano). Para os pais com subsídio de meio período/tempo integral, lembre-se de que qualquer dia em que a criança frequentar creche em tempo integral, acima de seis horas, e/ou durante as férias escolares, o valor da diária (meia tarifa) será dobrado para integral.

Intial

Os pais/responsáveis entendem que não são responsáveis pelas taxas dos pais nos dias em que o atendimento não estiver disponível devido à doença do educador, férias ou outro fechamento não aprovado previamente pelo EEC, a menos que a criança frequente cuidados substitutos. Se o provedor permanente estiver fechado e a criança for colocada em um cuidado de apoio, o pai ainda é responsável pelo pagamento da taxa parental, se a criança comparecer, a menos que um o formulário de Back Up. Refusal foi enviado ao escritório regional dentro de 3 dias após o fechamento.

Intial

Os pais/responsáveis entendem que durante uma Autorização Provisória a cobrança de taxas dos pais será dispensada e o EEC pagará os taxa de pai para a duração do período de autorização provisória.

Intial

Os pais/responsáveis entendem que o EEC pagará a taxa dos pais para cada dia aprovado em que o programa de creche estiver fechado durante os feriados e dias de curso de desenvolvimento profissional aprovadas anualmente pelo EEC..

Intial

Os pais/responsáveis entendem que caso tenham confirmado a intenção de manter a criança matriculado na creche, mesmo que a criança não esteja presente, as taxas dos pais ainda terão que ser pagas..

Intial

Os pais/responsáveis entendem que são responsáveis pelo pagamento das taxas dos pais durante os primeiros três dias de um fechamento de emergência. Iniciando no quarto dia após o fechamento, o EEC pagará as taxas dos pais em nome dos pais durante o fechamento de emergência..

Intial

O não pagamento, o atraso no pagamento ou o saldo acumulado das taxas podem resultar na emissão de 2 semanas de rescisão do subsídio de creche pelo não pagamento das taxas dos pais, conforme descrito nas Políticas de Taxas dos Pais da CDE e de acordo com a política do Departamento de Educação e Cuidado Infantil .

Intial

Os pais/responsáveis entendem que podem optar por entrar em um plano de pagamento alternativo se a agência Child Development concordar e o plano está por escrito, assinado e datado pelo CDE e pelo pai/responsável.

Intial

Os pais/responsáveis entendem que, se quiserem encerrar a guarda dos filhos com a agência, devem notificar com duas semanas de antecedência, em escrita, antes do último dia de creche..

Intial

Assinatura do Responsável/Guardião – Obrigatória: _____ **Data:** _____



Nome do Responsável/Guardião: _____

Endereço: _____

Child's Name: _____

Nome da Criança: _____

Data de Nascimento da Criança: _____

Endereço da Escola: _____

Eu certifico que a documentação de exame físico e imunizações estão de acordo com os requerimentos da escola pública e avaliações de chumbo de acordo com os requerimentos da saúde pública estão nos arquivos da escola da minha criança.

Assinatura do Responsável/Guardião: _____ **Data:** _____



Formulário de Plano Individual de Saúde EEC

Este plano deve ser renovado anualmente ou quando as condições da criança mudar

(FAVOR CHECAR TODOS QUE SE APLICAM)

PLANO CRIADO POR:

- ☐ Pai/Mãe
- ☐ Médico ou Praticante Licenciado
- ☐ Consultante de Saúde
- ☐ Criança de idade escolar (9 anos acima)
- ☐ Outra: _____

PLANO MANTIDO POR:

- ☐ Diretora
- ☐ Assistente da Diretora
- ☐ Educador da Criança
- ☐ Outra: _____

Child's Photo

Nome da criança: _____ Data: _____

Alguma mudança no plano de saúde da criança? Sim ☐ (**escreva as mudanças abaixo**) Não ☐ (**assintauras do médico/família atualizadas**)

Nome da condição crônica de saúde:

Descrição da condição crônica de saúde:

Sintomas:

Tratamento médico necessário durante o programa:

Efeitos colaterais potenciais do tratamento:

Possíveis Consequências se o tratamento não for administrado:

Nome dos educadores que receberam treinamento sobre a condição médica:

Pessoa que treinou o educador:

Nome do profissional de saúde licenciado (por favor escreva): _____

Autorização do Praticante: _____ Data: _____

Assinatura dos pais/responsáveis: _____ **Data:** _____

APENAS para crianças mais velhas (mais de 9 anos de idade)

Com consentimento por escrito dos pais e autorização de um profissional de saúde licenciado, este Plano Individual de Saúde permite que crianças em idade escolar mais velhas carregem seu próprio inalador e/ou auto-injetor de epinefrina e usá-los quando necessário sem o contato direto supervisão de um educador.

O educador está ciente dos conteúdos e requisitos do Plano Individual de Saúde da criança especificando como o inalador ou o autoinjeto de epinefrina será mantido protegido contra o acesso de outras crianças no programa. Sempre que um Plano de Saúde Individual prevê que uma criança carregue sua própria medicamento, o licenciado deve manter no local um suprimento de reserva do medicamento para uso conforme necessário.

Idade da criança: _____ Data de nascimento: _____ Recebeu medicação de reforço? SIM ☐ NÃO ☐

Assinatura dos Pais: _____ **Date:** _____

Assinatura do Administrador do Programa: _____ **Date:** _____



Notas Adicionais:

Quando completar eses formulários, algumas partes requerem mais informações que cabem nos espaços providos. Favor usar esta página para escrever informações adicionais de perguntas anteriores. Favor coloque qual página e pergunta que voce esta se referindo ao escrever a resposta.

NOTAS:

Assinatura do Responsável/Guardião: _____ **Data:** _____