

Educación comunitaria PCSD - Programa de campamento después de la escuela
Contrato e contrato de inscripción - 2018-19 Asistir a la escuela: _____

Entiendo que estoy inscribiendo a mi hijo: _____ en el programa PCSD After School Camp.

Bill asistiendo - marque uno:

Lunes Viernes _____
Lunes jueves _____
Viernes solo _____

Entiendo que el Programa está abierto de acuerdo con el calendario escolar oficial del Distrito Escolar de Park City y está cerrado durante las vacaciones y los días de capacitación de los maestros.

Entiendo que soy responsable del pago cada mes por la cantidad de: _____ que vence antes de las 6:00 p.m. el primer viernes de cada mes. Entiendo que se agregará un cargo por pago atrasado de \$20.00 si el pago no se realiza en este momento.

Entiendo que todos los pagos se deben a Alison Taylor en las oficinas del distrito escolar de Park City antes de la fecha límite mensual. Los pagos no se darán a la escuela ni a los coordinadores / maestros del programa después de la escuela.

Entiendo que en caso de ausencias durante el horario del programa, seré responsable de pagar la matrícula, ya que es por el tiempo reservado, no el tiempo real que se pasa en el Programa.

Actualizaré la información del archivo de mi hijo y mantendré informados a los maestros sobre cualquier cambio.

Entiendo que todas las políticas y reglas de la escuela se aplican mientras mi hijo está en este programa. Acepto cumplir con estas políticas y procedimientos.

Entiendo que se me cobrará una tarifa por pago tardío si recojo a mi hijo después de que el programa haya finalizado (generalmente después de las 6:00 p.m.). Los pagos atrasados deben realizarse dentro de los 2 días posteriores a la evaluación. CARGOS POR PAGOS ATRASADOS: Hasta 10 minutos tarde = \$20. De 11 minutos a 20 minutos = \$30. De 21 minutos a 30 minutos = \$40. Los recargos por retraso continuos son causa de despido del programa.

Si surge una emergencia médica, el personal del programa primero intentará contactarme a mí y a las personas que figuran en mi lista de emergencia. Si no me pueden contactar, el personal se pondrá en contacto con el médico de mi hijo. Si la emergencia es tal que la atención hospitalaria inmediata es necesaria, una ambulancia o vehículo de emergencia puede llevar a mi hijo al hospital.

Estoy de acuerdo en adherirme a las políticas y procedimientos del PCSD After School Program y el PCSD como se indica.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Relación con el niño: _____

____ Doy permiso para que mi hijo sea fotografiado y / o grabado en video para Facebook, publicidad y documentación del programa.

____ No doy permiso para que mi hijo sea fotografiado y / o grabado en video.

Fecha de firma: ____ / ____ / ____

Nombre del niño o de los niños: _____