

Acuerdo de Cuidado de Niños (*plantilla*)

Proveedor(a) _____ número telefónico _____

Dirección _____

Bienvenidos a mi guardería familiar de cuidado infantil. Los padres son bienvenidos en cualquier momento si desean visitar durante horas de servicio. El propósito del presente convenio es definir términos mutuos para el cuidado de los niños. Por favor comuníqueme si cambia de dirección, de teléfono o si se modifican los números telefónicos para emergencias. Por favor complete el formulario de Contactos de Emergencia.

Nombre del niño _____ fecha de nacimiento _____

Nombre de los padres con custodia o tutor legal _____

Días y horario de atención

El servicio de cuidado comenzará el _____ 201_____

El horario de cuidado comienza a las _____ a.m./p.m. y finaliza a las _____ a.m./p.m. en los días indicados a continuación:

Si su niño (a) estará ausente o llegará tarde, por favor llame con anticipación. No se proporcionará el servicio de cuidado de niños los siguientes días festivos:

Mi período de vacación será _____. Usted deberá asumir la responsabilidad de organizar el cuidado de su hijo de otra manera.

- Pago durante este periodo _____ es, o _____ no es obligatorio.

Tarifas

\$ _____ por semana de cuidado a tiempo completo.
\$ _____ por hora de cuidado regular, a medio tiempo.
\$ _____ por hora de cuidado ocasional, si hay espacio disponible.
\$ _____ por pago atrasado cobrado hasta _____ salvo que se hubiesen acordado términos especiales.

Opcional

\$ _____ por comida.
\$ No costo cada familia deberá traer los alimentos apropiados para los bebés hasta los _____ meses.

Los costos por el cuidado de niños se pagan por adelantado y el pago vence el día _____.

Los pagos pueden ser recibidos: por semana ____ por quincena ____ por mes ____

Se pagará un depósito adelantado de \$ _____ al momento de la inscripción.

Este monto será devuelto cuando concluyan los servicios si su cuenta fue totalmente pagada.

Pueden hacerse (o no) ajustes cuando no se presten los servicios a causa de enfermedad o vacación.

Los pagos pueden ser mediante:

Efectivo _____ Cheque personal _____ Giro postal/M.O. _____

Atención: Se debe notificar por escrito con dos semanas de anticipación cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cancelación del acuerdo por una de las partes
2. Aumento de las tarifas de cuidado de niños
3. Períodos de vacación para ambos – familia y proveedor
4. Por retorno de su pago anticipado

Alimentación

Las comidas serán: _____ preparadas por el proveedor traídas por la familia _____

Las familias deben traer la comida apropiada para infantes menores de _____ meses.

Las comidas servidas serán:

_ Desayuno

_ merienda matutina

_ almuerzo

_ Merienda de la tarde

_ cena

_ merienda nocturna

Por favor explique si el niño tiene necesidades especiales para su dieta:

Los bebés serán alimentados según las instrucciones proporcionadas por cada familia. Por favor manténgame al día sobre cualquier modificación en los horarios de alimentación, preparación de biberones y otros alimentos. Para los bebés alimentados con leche materna, se debe traer una cantidad adecuada de leche embotellada con su respectiva etiqueta.

Guía positiva

Mi deseo es que su niño se sienta respetado, amparado y exitoso cada día. Considero que formamos un equipo que trabaja unido para alentar y ayudar en el aprendizaje y descubrimientos de su niño. Implementaré guías positivas de conducta junto a límites apropiados para cada niño a medida que desarrolle sus propias habilidades de auto-control y auto-disciplina. Valoro el trabajar junto a usted para seleccionar las mejores soluciones cuando se presenten desafíos.

Enfermedad

Por favor notifíqueme si su niño (a) estará ausente por motivo de enfermedad. Si permaneciera en casa por más de _____ días, él niño o niña deberá traer una nota firmada por un médico cuando retorne al programa.

Si el niño (a) estuviera ausente, el pago es _____ esperado _____ no esperado

Por favor infórmeme si padeciera cualquier enfermedad contagiosa inmediatamente. Todas las familias de los niños en mi cuidado serán notificadas.

Si su niño se enferma durante horas de cuidado, usted deberá recogerlo dentro _____ hora (s). Si no puedo comunicarme con usted, contactaré uno de los números telefónicos para emergencias de su lista. Su niño (a) podrá retornar a mi cuidado cuando ya se encuentre sano.

_____ Iniciales del padre. Recibí una copia de la política para enfermedades.

Vacunas

Por favor provea una copia reciente de las vacunas cada vez que su niño es inmunizado. Esta documentación debe estar en el cartapacio de cada niño y debe ser actualizada cada seis meses para todos los niños menores de dos años.

Vestimenta

Ponga etiquetas con su nombre en la ropa o pertenencias de su niño (a) y tráigalos en una bolsa personal. Proporcione como mínimo dos completas mudas o cambios de ropa, ropa para jugar, para salir, y los elementos indicados a continuación:

_____ pañales _____ toallas húmedas para bebés _____ baberos

Otros _____

Mascotas

Tenemos mascotas en la familia _____. nuestras mascotas _____ están no están _____ incluidas en el ambiente de cuidado infantil.

Instrucciones especiales-Por favor déjeme saber lo siguiente:

Se necesita acomodación especial: _____

Información pertinente al desarrollo: _____

Problemas físicos _____

Información de salud

Alergias o intolerancias y restricciones alimentarias _____

Medicamentos tomados regularmente en caso de emergencia: _____

_____ Se determinó un plan para las alergias alimentarias _____

Si _____ No _____

Alergias a medicamentos _____

Seguridad a la hora de dormir

Durante las horas de descanso, equipo apropiado para el presente desarrollo y edad de su niño (a) será provisto. Este equipo cumple con los estándares actuales de la Comisión de Productos Seguros para el Consumidor de los Estados Unidos. Si usted prefiere proporcionar el equipo de dormir para su niño, este debe cumplir con los mismos estándares de seguridad.

Por favor note: Para reducir el riesgo de Muerte Súbita Infantil (SIDS) su bebé deberá estar acostado de espalda en una cuna o equipo apropiado para dormir (salvo que reciba una orden que especifique lo contrario firmada y expedida por un médico) sillitas mecedoras y sillas para automóvil no deben utilizarse para poner al bebé a dormir en ningún momento.

Plan de emergencia

_____ Iniciales del padre. Recibí una copia escrita del plan de emergencia.

Excursiones

A menudo hacemos pequeñas excursiones (paseos) lejos de casa para ayudar a que su niño (a) aprenda más sobre la comunidad. Su autorización es necesaria para que su hijo (a) viaje en mi auto. Usted será notificado (a) con anticipación sobre la fecha, lugar y el tiempo en el que se llevará cabo esta actividad fuera de mi hogar. Para algún niño con alergias medicas o alergias de comidad, intolerancia, or restricciones, usted debe tener con usted el plan de cuidado de alergias y la información para cada niño.

Transporte

Yo proporcionare servicio limitado de transportación en caso de ser pedido. Su permiso es necesario para permitir que su hijo(a) sea transportado en mi vehiculo. Su firma adjunta me da el permiso para proover este servicio-----

Se necesita un asiento adecuado para niños o asiento de seguridad para viajar en vehículos para todos los niños menores de 8 años. _____ Usted proporcionará

_____ yo proporcionaré el asiento_____.

Por favor provea una foto reciente de su hijo(a) en caso de ser necesitada en una situación de emergencia.

Comprendo/ comprendemos absolutamente y aceptamos las condiciones del presente contrato. El presente contrato puede ser renegociado en cualquier momento.

Firma del padre o la madre _____ fecha _____

Nombre del padre o la madre en letra de imprenta _____

Firma del proveedor (a) _____ Fecha _____

Nombre del proveedor (a) en letra de imprenta _____

Conociendo a su Niño (a)

Por favor ayúdeme a conocer mejor a su hijo (a).

Nombre del niño (a): _____ Apodo: _____

Idioma hablado en casa:

¿Cómo se comunica el niño(a)?

Juguetes, objetos o juegos preferidos:

Alimentos preferidos:

Posición favorita para dormir:

Por favor advierta: Con el propósito de reducir el riesgo del Síndrome de Muerte Súbita Infantil (SMSI), se colocará a su bebé de espalda (boca arriba) para dormir (salvo que reciba una orden contraria firmada y expedida por un médico).

Manta o juguete especial: _____

Disposiciones/temores/maneras de calmarlo en general:

Canciones/juegos/juegos de manos favoritos:

Hermanos o hermanas y otros en el hogar:

¿Cómo alienta usted el comportamiento positivo?

Si su hijo asiste a la escuela, por favor indique:

Nombre de la escuela _____ Número telefónico de la escuela _____

Horario escolar de _____ a.m./p.m. a _____ a.m./p.m.

Información adicional que pueda ser útil para comprender a su hijo, sus necesidades y facilitar la transición a este programa de cuidado infantil: _____

Información de Contactos de Emergencia

Nombre completo del niño(a) _____

Fecha de nacimiento _____

Apodo(s) _____

Dirección _____

Nombre de la madre con custodia o tutor legal _____

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de la casa _____

Dirección _____

Empleador

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Dirección del trabajo _____

Nombre del padre con custodia o tutor legal _____

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de la casa _____

Dirección _____

Empleador

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Dirección del trabajo _____

Nombre del doctor primario

Dirección _____

Número de teléfono

Nombres y números de teléfono de personas autorizadas de recoger al niño(a) en caso de emergencia y el padre o guardián no puede ser contactado:

Nombre _____ teléfono de casa _____

Teléfono del trabajo _____

Dirección del trabajo _____

Relación con el niño _____

Nombre _____

Teléfono de Casa _____

Teléfono del Trabajo _____

Relación al niño(a) _____

Personas **no autorizadas** de recoger a mi niño(a):

Persona a quien contactar fuera del área/número de teléfono:

El proveedor es responsable de mantener la información de emergencia actualizada con los padres y guardianes.

Firma del proveedor: _____

Revisión de 6 meses _____ Iniciales del padre _____

Revisión de 1 año _____ Iniciales del padre _____