



Welcome to the Early Education Program!

EEP is pleased to be offering in-person learning during these unusual times! Our teachers continue to implement science-based safety measures and cleaning procedures according to the Covid-19 guidelines issued by the Oregon Early Learning Division.

You can learn more about those guidelines here:

<https://oregonearlylearning.com/COVID-19-Resources>

Enclosed are registration forms for the 2021-2022 school year.

You will need to fill out this packet and return it to EEP before your child starts school.

Up-to-date immunizations, or complete medical/non-medical vaccine exemptions, are required by law for your child to attend preschool. Your child cannot attend school until EEP receives immunization records or an exemption.

We will check Oregon's Immunization Database for your child's records. If your child was vaccinated outside of Oregon, you may need to have your doctor fax immunization records to our office. We will contact you if we need additional information.

More information about non-medical exemptions can be found here:

<https://www.oregon.gov/oha/ph/preventionwellness/vaccinesimmunization/gettingimmunized/pages/non-medical-exemption.aspx>

We look forward to having your child at EEP!

If you have questions or concerns, please call our main office at: 541-485-0368.

Here's to a wonderful year!

Best,

Bil Albrecht
Administrative Support



¡Bienvenido al Programa de Educación Temprana!

¡EEP se complace en ofrecer aprendizaje en persona durante estos tiempos inusuales! Nuestros maestros continúan implementando medidas de seguridad basadas en la ciencia y procedimientos de limpieza de acuerdo con la guía de Covid-19 emitidas por la División de Aprendizaje Temprano de Oregon.

Puede obtener más información sobre esas guías aquí:

<https://oregonearlylearning.com/COVID-19-Resources>

En este paquete se encuentran los formularios de inscripción para el año escolar 2021-2022.

Usted tendrá que llenar este paquete y devolverlo a EEP antes de que su hijo comience la escuela.

Las inmunizaciones actualizadas, o las exenciones completas de vacunas médicas / no médicas, son requeridas por la ley para que su hijo asista al preescolar. Su hijo no puede asistir a la escuela hasta que EEP reciba registros de vacunación o una exención.

Revisaremos la base de datos de inmunización de Oregon para los registros de su hijo. Si su hijo fue vacunado fuera de Oregon, es posible que su médico deba enviar por fax los registros de vacunación a nuestra oficina. Nos comunicaremos con usted si necesitamos información adicional.

Puede encontrar más información sobre las exenciones no médicas aquí:

<https://www.oregon.gov/oha/ph/preventionwellness/vaccinesimmunization/gettingimmunized/pages/non-medical-exemption.aspx>

¡Esperamos tener a su hijo en EEP!

Si tiene preguntas o inquietudes, llame a nuestra oficina principal al: 541-485-0368.

¡He aquí un año maravilloso!

Bil Albrecht
Apoyo Administrativo



EEP REGISTRATION FORM

Today's Date ____/____/____

Child's Name

____/____/____
Birth Date

Sex: _____

Address

City

Zip Code

Mother's/Guardian's Name

Home/Cell Number

Address (if different)

Email

Employer

Work Phone

Father's/Guardian's Name

Home/Cell Number

Address (if different)

Email

Employer

Work Phone

Best way(s) for your child's teacher to communicate with you (e.g. call mother's cell phone, text father, email)

If different addresses, who should receive mailed information? (e.g. Mother, Father, both)

FAMILY INFORMATION

Marital Status: _____

List additional children living in your home. Including age and relationship to child.

Who else lives in your home? List and describe relationship to child.

Other family information:

This anonymous information may be used to secure additional money from grants or to provide data for existing grants. If you have questions, please contact EEP Director, Georgia Layton, at 541-915-1887.

Household Income: _____

Household Size (adults & children): _____

Ethnicity/Race: _____



The Early
Education
Program

EEP FORMA DE REGISTRACION

Fecha de hoy: ____/____/____

_____ Nombre del Niño	_____/_____/_____ Fecha de Nacimiento	Sexo: _____
_____ Dirección	_____ Ciudad	_____ Codigo Postal
_____ Nombre de la Madre/Guardian	_____ Numero de Casa/Celular	
_____ Dirección (si diferente)	_____ Correo Electronico	
_____ Empleador	_____ Numero de Trabajo	
_____ Nombre del Padre/Guardian	_____ Numero de Casa/Celular	
_____ Dirección (si diferente)	_____ Correo Electronico	
_____ Empleador	_____ Numero de Trabajo	

La mejor manera para que el maestro de su hijo se comunique con usted (por ejemplo, llame al teléfono celular de la madre, envíe un mensaje de texto al padre, envíe un correo electrónico)

Si hay diferentes direcciones, ¿quién debe recibir información por correo? (e.g. Madre, Padre, ambos) _____

INFORMACION FAMILIAR

Estado civil: _____

Anote a los niños adicionales que viven en su hogar. Incluyendo la edad y la relación con el niño.

Quien mas vive en su casa? Anote y describa la relacion entre esa persona y el niño.

Otra información familiar: Esta información anónima se puede utilizar para obtener dinero adicional de las subvenciones o para proporcionar datos para las subvenciones existentes.

Si tiene preguntas, comuníquese con la Directora de EEP, Georgia Layton, al 541-915-1887.

Ingresos del hogar: _____

Tamaño del hogar (adultos y niños): _____

Origen Etnico/Raza: _____

MEDICAL INFORMATION

Does your child have any medical conditions we should know about? If yes, please describe and tell how to handle these.

OTHER CHILDCARE

Will your child attend another child care program in addition to EEP? If yes, please give the name and phone number of the child care provider and the approximate schedule.

INFORMACION MEDICA

¿Su hijo tiene alguna condición médica que debamos conocer? En caso afirmativo, describa y diga cómo manejarlos.

OTRO CUIDADO DE NINOS

¿Asistirá su hijo a otro programa de cuidado infantil además de EEP? En caso afirmativo, por favor dar el nombre y el número de teléfono del proveedor de cuidado infantil y el horario aproximado.



Parental Approval for Emergency Medical Treatment (page 1 of 2)

Child's First & Last Name

____/____/____
Birth Date

As the parent/legal guardian, I hereby authorize the Early Education Program, 99 W. 10th Ave, Suite 340, Eugene, OR 97401, (541) 485-0368, to consent to any medical or surgical treatment of the above-named child, which such person deems advisable, if a parent or legal guardian cannot reasonably be located when the child is brought for emergency treatment.

In case of an emergency, how can we reach you **during preschool hours**?
Include home, work, or cell number(s) as appropriate.

Parent/Guardian

Phone Number

Parent/Guardian

Phone Number

If parent/guardian cannot be reached, who should we contact next? We require two additional contacts.
Please check the box if this person has permission to pick up your child.

Name

Phone

Relationship to child



Name

Phone

Relationship to child





Aprobación de los padres para tratamiento Medico de Emergencia (pagina 1 de 2)

Nombre y Apellido de Niño

____/____/____
Fecha de Nacimiento

Como padre/tutor legal, por la presente autorizo al Programa de Educación Temprana, 99 W. 10th Ave, Suite 340, Eugene, OR 97401, (541) 485-0368, a dar su consentimiento a cualquier tratamiento médico o cirugía del niño mencionado anteriormente, que dicha persona considere aconsejable, si un padre o tutor legal no puede ser localizado razonablemente cuando el niño es llevado para tratamiento de emergencia.

En caso de una emergencia, ¿cómo podemos comunicarnos con usted durante las horas preescolares?

Incluya los números de casa, trabajo o celulares, según corresponda.

Padre/Guardian

Numero de Telefono

Padre/Guardian

Numero de Telefono

Si no se puede contactar a los padres/tutores, ¿A quién debemos contactar? Requerimos dos contactos adicionales. Por favor marque la caja si esta persona tiene autorizacion para recoger al nino/a.

Nombre

Telefono

Relacion al Niño



Nombre

Telefono

Relacion al Niño



Parental Approval for Emergency Medical Treatment (page 2 of 2)

Child's First & Last Name

____/____/____

Birth Date

Child's Doctor & Phone Number:

Are there other physicians currently involved in your child's care? List and give phone numbers:

Chronic illnesses or allergies of the above named child:

Current medications:

Name of Medication	Amount Given	When is it given?	Possible Side Effects

****I give permission for my child to be transported by ambulance should an emergency arise and paramedics recommend it. Name of hospital you prefer:**

Signature of Parent or Guardian: _____ Today's Date: ____/____/____

Updated:

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: ____/____/____

Updated:

Signature of Parent or Guardian: _____ Date: ____/____/____

The above authorization is valid until your child transitions from EEP or you revoke authorization verbally or in writing.

Aprobación de los padres para tratamiento Médico de Emergencia (pagina 2 de 2)

Nombre y Apellido de Niño

____/____/____
Fecha de Nacimiento

Médico del niño y número de teléfono:

¿Hay otros médicos actualmente involucrados en el cuidado de su hijo? Anote y dé números de teléfono:

Enfermedades crónicas o alergias del niño mencionado anteriormente:

Medicacion Actual:

Nombre del Medicamento	Cantidad dada	Cuando se da?	Possible efectos secundarios

**** Doy permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia en caso de que surja una emergencia y los paramédicos lo recomiendan. Nombre del hospital que prefiera:**

Firma de Padre o Guardian: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Actualizar:

Firma de Padre o Guardian: _____ Fecha: ____/____/____

Actualizar:

Firma de Padre o Guardian: _____ Fecha: ____/____/____

La autorización anterior es válida hasta que su hijo haga la transición de EEP o usted revoque la autorización verbalmente o por escrito.



Permission to Videotape and Photograph Your Child

EEP requests your permission to video or photograph your child.

There are a few reasons we may want to video and/or take a picture of your child:

- To provide training to staff within our program.
- To help others get to know or better appreciate our program via our newsletters and/or our website.
- To send pictures or videos of your child to you and other EEP families as part of our Class Dojo communication app.

Child's First & Last Name

Please initial which uses you give consent to:

- _____ Permission is given to video or photograph my child for EEP staff training.
- _____ Permission is given to video or photograph my child for use in EEP newsletters, on EEP's website and/or facebook page, and for other EEP promotional materials.
- _____ Permission is given to video or photograph my child as part of our classroom communication app, CLASS DOJO. Class Dojo allows your child's teachers to share photos, videos, and messages with you and the families of your child's classmates throughout the school day.
- _____ Permission is **NOT** given to video or photograph my child for any reason.

Printed Name of Parent or Guardian

____/____/____
Today's Date

Signature of Parent or Guardian

The above authorization is valid until your child transitions from EEP or you revoke authorization verbally or in writing.



Permiso para grabar en video y fotografiar a su hijo

EEP solicita su permiso para grabar en video o fotografiar a su hijo.

Hay algunas razones por las que podemos querer grabar en video y/o tomar una foto de su hijo:

- Para proporcionar capacitación al personal dentro de nuestro programa.
- Para ayudar a otros a conocer o apreciar mejor nuestro programa a través de nuestros boletines informativos y / o nuestro sitio web.
- Para enviar fotos o videos de su hijo a usted y a otras familias de EEP como parte de nuestra aplicación de comunicación Class Dojo.

Nombre y apellido del niño

Por favor, inicial que los usos que usted da su consentimiento para:

- _____ Se da permiso para video o fotografiar a mi hijo para la capacitación del personal de EEP.
- _____ Se da permiso para grabar en video o fotografiar a mi hijo para su uso en boletines informativos de EEP, en el sitio web de EEP y / o página de facebook, y para otros materiales promocionales de EEP.
- _____ Se da permiso para video o fotografiar a mi hijo como parte de nuestra aplicación de comunicación en el salon, CLASS DOJO. Class Dojo permite a los maestros de su hijo compartir fotos, videos y mensajes con usted y las familias de los compañeros de clase de su hijo durante todo el día escolar.
- _____ **NO se da permiso para video o fotografiar a mi hijo por ninguna razón.**

Nombre impreso del padre o tutor

____/____/____
Fecha de hoy

Firma del padre o tutor

La autorización anterior es válida hasta que su hijo haga la transición de EEP o usted revoque la autorización verbalmente o por escrito.



Permission to Pick Up

Child's First & Last Name

____/____/____
Birth Date

For your child's safety, we would like a list of the people who have permission to pick up your child from school. **Please include anyone listed as an Emergency Contact who has permission to pick up your child.**

Please list those who have your permission:

Name of person

Relationship to your child

I understand that this form gives permission to the above named individuals to leave EEP with my child. Please know that EEP staff will ask to see identification from any person to confirm that they are on this list. **Your child will not be released to anyone other than those individuals listed above.** Please be sure to notify your child's teacher if there are any changes to this list.

Printed Name of Parent or Guardian

____/____/____
Today's Date

Signature of Parent or Guardian

The above authorization is valid until your child transitions from EEP or you revoke authorization verbally or in writing.



Permiso para Recoger

Nombre y apellido del niño

____/____/____
Fecha de Nacimiento

Para la seguridad de su hijo, nos gustaría una lista de las personas que tienen permiso para recoger a su hijo de la escuela. **Por favor incluya a cualquier persona que aparezca como contacto de emergencia que tenga permiso para recoger a su hijo.**

Por favor, enumere aquellos que tienen su permiso:

Nombre de la persona

Relacion al niño

Entiendo que este formulario da permiso a las personas mencionadas anteriormente para dejar EEP con mi hijo.

Tenga en cuenta que el personal de EEP pedirá ver la identificación de cualquier persona para confirmar que está en esta lista. **Su hijo no será liberado a nadie que no sean las personas mencionadas anteriormente.**

Por favor, asegúrese de notificar al maestro de su hijo si hay algún cambio en esta lista.

Nombre del Padre o Guardian

____/____/____
Fecha de hoy

Firma del Padre o Guardian

La autorización anterior es válida hasta que su hijo haga la transición de EEP o usted revoque la autorización verbalmente o por escrito.



A Little About My Child

Child's Name: _____ Nickname: _____

The people in my child's family & what my child calls them:

My child's pets: _____

My child's favorite book:	My child's favorite color:
My child's favorite TV show or video:	My child likes to do this inside:
My child's favorite food:	My child likes to do this outside:
My child's favorite character:	What my child wants to be:
My child's favorite animal:	The most special thing about my child:
My child doesn't like:	My child is afraid of:



The Early
Education
Program

Un poco sobre mi hijo

Nombre del niño: _____ Apodo: _____

Las personas en la familia de mi hijo y cómo los llama mi hijo:

La mascota favorita de mi hijo: _____

El libro favorito de mi hijo:	El color favorito de mi hijo:
El programa de televisión o video favorito de mi hijo:	A mi hijo le gusta hacer esto adentro:
La comida favorita de mi hijo:	A mi hijo le gusta hacer esto afuera:
El personaje favorito de mi hijo:	Lo que mi hijo quiere ser:
El animal favorito de mi hijo:	La cosa mas especial sobre mi hijo:
A mi hijo no le gusta:	Mi hijo le tiene miedo a:

My Family's Thoughts About Me...

My child's strengths:

My child's greatest needs:

At home, my child's potty routine includes:

I'd love for my child's teachers to focus on:

My greatest concern(s) about my child in the classroom:

Anything else:

Los Pensamientos de Mi Familia Sobre Mi

Las fortalezas de mi hijo:

Las mayores necesidades de mi hijo:

En casa, la rutina de mi hijo de ir al baño incluye:

Me encantaría que los maestros de mi hijo se enfocarán en:

Mi mayor preocupación sobre mi hijo en el salón:

Algo más:



School Year 2021-2022



Oregon law requires the following shots for school and child care attendance*

A child 2-17 months entering
**Child Care or
Early Education** needs*

Check with your child's program or
healthcare provider for required vaccines

A child 18 months or older entering
**Preschool, Child Care, or
Head Start** needs*

4 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP)
3 Polio
1 Varicella (chickenpox)
1 Measles/Mumps/Rubella (MMR)
3 Hepatitis B
2 Hepatitis A
3 or 4 Hib

A student entering
**Kindergarten or
Grades 1-6** needs*

5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP)
4 Polio
1 Varicella (chickenpox)
2 MMR or 2 Measles, 1 Mumps, 1 Rubella
3 Hepatitis B
2 Hepatitis A

A student entering
Grades 7-12 needs*

5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP)
1 Tdap
4 Polio
1 Varicella (chickenpox)
2 MMR or 2 Measles, 1 Mumps, 1 Rubella
3 Hepatitis B
2 Hepatitis A

**At all ages and grades, the number of doses required varies by a child's age and how long ago they were vaccinated. Other vaccines may be recommended. Exemptions are also available. Please check with your child's school, child care or healthcare provider for details.*



Año Escolar 2021-2022



La ley de Oregon requiere que sus niños hayan recibido estas vacunas para que puedan asistir a las escuelas y guarderías.*

Niños de 2-17 meses entrando a la **Pre-escuela** o **Guardería** necesitan*

Consulte con el programa o proveedor de atención médica de su hijo para las vacunas requeridas

Niños de 18 meses y más entrando a la **Pre-escuela** o **Guardería** necesitan*

4 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)
3 Polio
1 Varicela (Chickenpox)
1 Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)
3 Hepatitis B
2 Hepatitis A
3 o 4 Hemofilus Influenza Tipo B (Hib)

Niños entrando a **Kinder** (**Jardín de Niños**) o **Grados 1-6** necesitan*

5 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)
4 Polio
1 Varicela (Chickenpox)
2 MMR o 2 Sarampión, 1 Paperas, 1 Rubéola
3 Hepatitis B
2 Hepatitis A

Niños entrando a **Grados 7-12** necesitan*

5 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)
1 Tdap
4 Polio
1 Varicela (Chickenpox)
2 MMR o 2 Sarampión, 1 Paperas, 1 Rubéola
3 Hepatitis B
2 Hepatitis A

* Las dosis requeridas varían dependiendo de la edad de su niño y cuándo fue vacunado la última vez. También tenemos excepciones disponibles. Por favor verifique con su escuela o proveedor de salud para estos detalles.



Sunscreen, Lip Balm, and Lotion Permission Form

We need your permission to use the skin care products below if needed. Please read, sign, and return this sheet to your child's classroom ASAP. If there is something listed that you'd prefer us not to use, simply cross it off the list. Thanks!

I authorize Early Education Program staff to use the following product/s on my child (name),

_____, during the year when the need arises:

Please initial each product you okay for use. If you are not okay with a product being used, please write in the product you want used. Families must provide to the classroom the alternative product that they wish to be used.

- ___ Chap Ice SPF 15 lip balm or Vaseline applied to my child's lips if they are chapped as long as there are no sores, discharge, or other signs of infection present.

Alternative: _____

- ___ Up & Up aloe vera gel applied to my child's skin in the case of a mild sunburn or with dry skin that seems irritating.

Alternative: _____

- ___ Babyganics Mineral-Based Baby Sunscreen Lotion SPF 50 applied to exposed skin if we will be outdoors for 20 minutes or more.

Alternative: _____

Printed Name of Parent or Guardian

____/____/____
Today's Date

Signature of Parent or Guardian

The above authorization is valid until your child transitions from EEP or you revoke authorization verbally or in writing.



Protección Solar, Bálsamo Labial y Forma de Permiso de Loción

Necesitamos su permiso para usar los productos para el cuidado de la piel si es necesario. Lea, firme, y devuelva esta hoja al aula de su hijo lo antes posible. Si hay algo en la lista que preferiría que no usáramos, simplemente márkelo de la lista. ¡Gracias!

Autorizo al personal del Early Education Program a usar los siguientes productos en mi hijo (nombre), _____ durante el año cuando surga la necesidad:

Inicialice cada uno de los que está de acuerdo con su uso. Si no está de acuerdo con el uso de un producto, escriba debajo el producto que desea usar. Las familias deben proporcionar al aula el producto alternativo que desean utilizar.

- ___ Chap Ice SPF 15 bálsamo labial o Vaselina aplicada a los labios de mi hijo/a si están agrietados y cuando no haya llagas, secreciones, u otros signos de infección.

Alternativo: _____

- ___ Up & Up gel de aloe vera aplicado a la piel de mi hijo/a en el caso de una quemadura solar leve o con la piel seca que parece irritante.

Alternativo: _____

- ___ Babyganics Mineral-Based Baby Sunscreen Lotion SPF 50 se aplica a la piel expuesta si vamos a estar al aire libre durante 20 minutos o más.

Alternativo: _____

Nombre del Padre o Guardian

____/____/____
Fecha de hoy

Firma del Padre o Guardian

La autorización anterior es válida hasta que su hijo haga la transición de EEP o usted revoque la autorización verbalmente o por escrito.