

FROM STRESS TO STRENGTH

PARENT REGISTRATION

A PROGRAM FOR PARENTS OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

SEPT 7 & 14, 2019

TO PAY ONLINE

➤ <http://alturl.com/944c8>

This two-part program will be held 9 am – 1 pm. The program is \$10 per person. Childcare (requiring the Childcare Registration form, \$5 per child) will be provided from 8:30 am – 1:15 pm.

Three family scholarships will be available. Please check the box if you are also applying for a scholarship. ☐

REGISTRATION

Paperwork can be sent to **Dianne Rendon** by email to drendon@bcm.edu

After we receive your registration paperwork the program coordinator will contact you to confirm your registration and ask follow-up questions.

Parent Name(s): _____

Parent(s) attending from stress to strength:

Parent 1 Name _____

Phone _____ Email _____

Initial _____

Parent 2 Name _____

Phone _____ Email _____

Initial _____

Street Address: _____

Any specific topics that you would like to see addressed?: ☐ Yes ☐ No

(Topics include: from control to letting go, from grief to acceptance, from guilt to forgiveness, from conflict to collaboration, from fear to confidence, and from pessimism to optimism.)

List any food allergies. (A light snack will be provided.)



Baylor
College of
Medicine



FROM STRESS TO STRENGTH

**CHILDCARE
REGISTRATION:
FOR CHILDREN
AGE 3-15 YEARS**

**A PROGRAM FOR PARENTS OF
CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS**

SEPT 7 & 14, 2019

Will your child participate in on-site childcare? ☐ Yes ☐ No

Child's Name: _____ Age: _____

Diagnosis: _____

Medications/medical attention that will need to be given during the event (between 9 am -1 pm): _____

Allergies/dietary restrictions: _____

What are your child's preferred activities, interests, and items? _____

Please list your child's triggers, as well as likes and dislikes: _____

Does your child exhibit any safety concerns towards self/others or structures? ☐ Yes ☐ No If Yes, please specify: _____

Any other information the FSTS staff will need to know to best meet your child's specific needs:

Will any of your child's siblings attend? ☐ Yes ☐ No If Yes, please list names, ages, and any special considerations such as allergies or dietary restrictions: _____

Are any of your child's siblings interested in being a volunteer (being a buddy/peer in childcare) for the event?

☐ Yes ☐ No If Yes, please indicate who: _____

INSURANCE

Company Name: _____ Member ID#: _____ Insurance Phone: _____

EMERGENCY CONTACT

Name(s)/Relation: _____

Phone Number(s): _____

INITIAL OF PARENT/GUARDIAN _____



Baylor
College of
Medicine



DEL ESTRÉS A LA FORTALEZA

INSCRIPCIÓN DE LOS PADRES

UN PROGRAMA PARA PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

7 Y 14 DE SEPT, 2019

A PAGAR EN LINEA:

➤ <http://alturl.com/944c8>

Este programa de 2 partes se llevará a cabo de 9 am – 1 pm y el programa cuesta \$10 por persona. Servicio de guardería infantil (cuidado de niños) \$5 por niño y el horario será de 8:30 am – 1:15 pm. Por favor complete el Formulario de Registro para Cuidado de Niños.

Tres becas familiares estarán disponibles, por favor marque el recuadro si usted también está solicitando la beca ☐

REGISTRACIÓN: envíe su aplicación vía email a drendon@bcm.edu o por fax a **Dianne Rendon** a 832.825.1255.

Después de recibir su aplicación, el coordinador del programa se comunicará con usted para confirmarle su inscripción y hacerle algunas preguntas de seguimiento.

Nombre(s) de los padres de familia::

Padre(s) que asistirán a “del Estrés a la Fortaleza”:

Padre 1 Nombre _____

Teléfono(s) _____ Email _____

Initial _____

Padre 2 Nombre _____

Teléfono(s) _____ Email _____

Iniciales del Padre/Tutor _____

Dirección: _____

Algunos temas específicos que usted quisiera que se discutieran (los temas incluirán: del control a aceptarlo, del duelo a la aceptación, de la culpabilidad al perdón, del conflicto a la colaboración, del miedo a la confianza, y del pesimismo al optimismo)

¿Padece usted de alergias a comidas? (Se le brindará un pequeño refrigerio)



Baylor
College of
Medicine



DEL ESTRÉS A LA FORTALEZA

**REGISTRO PARA
GUARDERÍA INFANTIL:
PARA NIÑOS DE 3-15
AÑOS DE EDAD**

**UN PROGRAMA PARA PADRES DE FAMILIA
DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES**

7 Y 14 DE SEPT, 2019

¿Participará su niño en la guardería infantil del evento? ☐ Si ☐ No

Nombre del niño: _____ Edad: _____

Diagnostico: _____

Medicamentos/Atención medica que deberá ser proveída durante el evento (entre las 9am-1pm): _____

Alergias/restricciones alimenticias: _____

¿Cuáles son las actividades preferidas de su niño, intereses, artículos? _____

Por favor anote las cosas que alteran a su niño así como lo que le gusta y lo que no le gusta: _____

¿Muestra su niño alguna conducta preocupante hacia sí mismo, los demás o estructuras? ☐ Si ☐ No Si responde si, por favor explique. _____

Alguna otra información que el personal del programa (FSTS) deba saber para mejor atender las necesidades particulares de su niño: _____

¿Asistirá alguno de los hermanos de su niño? ☐ Si ☐ No Si respondió Si, por favor anote los nombres, edades, y cualquier consideración especial tales como alergias, o restricciones alimenticias: _____

¿Alguno de los hermanos de su niño estaría interesado(a) en servir de voluntario durante el evento? (ser un amiguito/compañero en la guardería) ☐ Si ☐ No Si respondió Si, por favor indique quien: _____

SEGURO MÉDICO

Nombre de la Compañía: _____ #ID del miembro: _____ # Telefónico de la aseguradora: _____

EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre(s)/Relación: _____

Número(s) Telefónicos: _____

INICIALES DEL PADRE/TUTOR _____

