



## Formulario de Inscripción Para el Programa de Después de Clases ciclo escolar 2017-2018

(Todos los formularios deben ser completados para cada niño inscrito, antes que puedan empezar en el Programa)

Office Use Only
Start Date _____
End Date _____
Start Date _____
End Date _____

Escuela que asiste estudiante: \_\_\_\_\_ Grado en el 2017-18: \_\_\_\_\_

Nombre del maestro de su hijo/a: \_\_\_\_\_

**Razón para ingresar: Referido por maestro\_\_ Ayuda académica\_\_ Horario de trabajo\_\_ Otro:\_\_\_\_\_**

**Importante: Indique los días que asistirá al programa.**

Lunes   
  Martes   
  Miércoles   
  Jueves   
  Viernes

**Información del niño (IMPORTANTE: Cada niño tendrá que tener su propio formulario de inscripción en el archivo.)**

Apellido	Nombre	Dirección	Fecha de nacimiento

***PADRES/APODERADO (Primario)***

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

***PADRES/APODERADO***

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

***PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA (Prioridad 1)***

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Está esta persona autorizada para recoger a su niño del programa?:  
 Sí     No

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

***PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA (Prioridad 2)***

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Está esta persona autorizada para recoger a su niño del programa?:  
 Sí     No

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

***Nombrar a otras personas autorizadas para recoger a su hijo del programa (tienen que tener 14 o más años y llevar identificación:***

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a las personas incluidas en la tarjeta de emergencia de la escuela para que recojan a mi hijo/a

**FAVOR DE RELLENAR LA PARTE ATRAS DE ESTA PAGINA**

***Favor de proveer la siguiente información para poder proveerle a su hijo y familia el mejor servicio .***

**INFORMACIÓN MÉDICA-** Marque cualquier condición médica que su hijo tenga .

Alergias a alimento - Especifique qué alimento(s): \_\_\_\_\_

Alergias a otras cosas que no son alimenos - Especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo un Epi-pen para las alergias?  Sí  No

Asma  ¿Tiene su hijo un Inhalador?  Sí  No

Diabetes

Epilepsia/Desordende ataques

Otra necesidad especial que tenga

Señas o síntomas que su hijo presenta para las condiciones médicas mencionadas arriba - Especifique: \_\_\_\_\_

Nombre de doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si requerirá de medicamento, el formulario "Autorizacion para Administrar Medicamentos" necesitará estar adjunto a este formulario. ¿Requerirá de medicamento durante el programa?  Sí  No

**OTRO:**

¿Tiene su hijo un IEP?  Sí  No

¿Qué lenguaje habla principalmente su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué lenguaje hablan principalmente lo padres/apoderados? \_\_\_\_\_

Origen étnico: \_\_\_\_\_

¿Preocupación especial con respecto al niño o familia - Especifique? \_\_\_\_\_

**AUTHORIZACIÓN**

- Sí  No Yo, aquí, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba cuidado o tratamiento médico de emergencia si no pueden comunicarse conmi.
- Sí  No Yo repasaré la política de este programa y las aputas por el cual se rige el programa y entiendo que es mi responsabilidad de asegurarme de que mi hijo esté presente hasta la conclusion del programa de cualquier dia que asista
- Sí  No Yo doy a mi hijo permiso para que participe en las excursiones y otras actividades que toman lugar fuera del recinto durante las horas del programa y que se me notificará por avanzado de estas oportunidades.
- Sí  No Yo doy mi permiso para que mi hijo sea fotografiado o grabado para propósitos de promoción del programa.
- Sí  No Yo doy mi permiso para que mi hijo participe anónimamente y/o en confidencia de encuestas y evaluaciones del programa

Debido a que la cantidad de niños que califican que buscan ingresar en el programa de después de clases excede a la cantidad que podemos servir segura y eficazmente con los fondos disponibles, una lista de espera debe ser creada de vez en cuando. Se le dar á preferencia a estudiantes quienes llenan con los criterios Y asisten al programa los cinco días a la semana por toda la duración del programa.

La falta de transportación no es un obstáculo a la participación; favor de comunicarse con el supervisor de Aprendizaje Extendido al (920)448-3578 en cuanto a adquirir una solicitud para ayuda con el transporte.

Firma de padres de familia/apoderados \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_