



Formulario de Inscripción Para el Programa de Después de Clases ciclo escolar 2018-2019

(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 2018-19: _____

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 conmigo.
- 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 día 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 _____