



Formulario de Inscripción Para el Programa de Después de Clases ciclo escolar 2020-2021

(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 2020-2021: _____

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

<p><i>PADRES/APODERADO (Primario)</i></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Lugar de empleo _____</p> <p>Teléfono de trabajo: _____</p> <p>Relación: _____</p> <p>E-Mail: _____</p>	<p><i>PADRES/APODERADO</i></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Lugar de empleo _____</p> <p>Teléfono de trabajo: _____</p> <p>Relación: _____</p> <p>E-Mail: _____</p>
---	--

<p><i>PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA (Prioridad 1)</i></p> <p>Nombre: _____</p> <p>¿Está esta persona autorizada para recoger a su niño del programa?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Teléfono de trabajo: _____</p> <p>Relación: _____</p>	<p><i>PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA (Prioridad 2)</i></p> <p>Nombre: _____</p> <p>¿Está esta persona autorizada para recoger a su niño del programa?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Teléfono de trabajo: _____</p> <p>Relación: _____</p>
--	--

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

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

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

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 alimentos - Especifique: _____
- ¿Tiene su hijo un Epi-pen para las alergias? Sí No
- Asma ¿Tiene su hijo un Inhalador? Sí No
- Diabetes
- Epilepsia/Desorden de ataque:
- 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 "Autorización 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 los padres/apoderados? _____

Origen étnico: _____

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

AUTORIZACIÓN

- 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 apuras por el cual se rige el programa y entiendo que es mi responsabilidad de asegurarme de que mi hijo esté presente hasta la conclusión 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 adelantado 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 dará 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 _____

Cuando el distrito escolar cambie a un modelo mixto, puede que la capacidad sea limitada. Si las solicitudes para los días de presentarse exceden la capacidad, se considerará la participación activa en la programación virtual en el proceso de selección. El distrito continuará brindando programación tanto en las escuelas como de manera virtual cuando se cambie a un modelo combinado.