

Formulario de Inscripción Para el Programa de Después ciclo escolar 2023-2024



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Escuela: _____

Apellido _____ Nombre _____

Grado _____ Fecha de nacimiento _____ Nombre del maestro _____

Razón para ingresar / los días que asistirá al programa:

<input type="checkbox"/> Referido por maestro	<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes
<input type="checkbox"/> Ayuda académica	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves
<input type="checkbox"/> Horario de trabajo	<input type="checkbox"/> Viernes	
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

INFORMACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA/APODERADO LEGAL

<u>PADRES/APODERADO (Primario)</u>	<u>PADRES/APODERADOS LEGALES</u>
Nombre: _____	Nombre: _____
Relación: _____	Relación: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
Lugar de empleo: _____	Lugar de empleo: _____
Teléfono de trabajo: _____	Teléfono de trabajo: _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____
<input type="checkbox"/> El estudiante vive en esta dirección	<input type="checkbox"/> El estudiante vive en esta dirección

CONTACTOS DE EMERGENCIA

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

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____ Teléfono: _____

Relación: _____ Relación: _____ Relación: _____

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

INFORMACIÓN MÉDICA

Marque (x) cualquier condición médica que su hijo tenga.

<input type="checkbox"/> Alergias a alimento:	<input type="checkbox"/> Epipen para las alergias
<input type="checkbox"/> Alergias a otras cosas que no son alimenos:	<input type="checkbox"/> Inhalador para alergias
Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Inhalador para asma
	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Desordende ataques
	<input type="checkbox"/> Diabetes

Indicio o síntomas que su hijo/a presenta para las condiciones médicas mencionadas anteriormente - Especifique: _____

Nombre de doctor: _____ Teléfono: _____

Si No Si requerirá de medicamento. el formulario "Autorización para Administrar Medicamentos" necesitará estar adjunto a este formulario. ¿Requerirá de medicamento durante las horas del programa?

OTRO

¿Tiene su hijo un IEP? Si No

¿Qué lenguaje habla principalmente su hijo/a? _____ Origen étnico: _____

¿Qué lenguaje hablan principalmente los padres/apoderados legales? _____

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

AUTORIZACIÓN

Si No Yo, aquí, doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba cuidado o tratamiento médico de emergencia si no pueden comunicarse conmigo.

Si No Yo repasaré la política de este programa y las pautas por el cual se rige el programa y entiendo que es mi responsabilidad de asegurarme de que mi hijo/a esté presente hasta la conclusion del programa de cualquier día que asista.

Si No Yo doy a mi hijo/a 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.

Si No Yo doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o grabado para propósitos de promoción del programa.

Si No Yo doy mi permiso para que mi hijo/a participe anónimamente y/o en confidencia de encuestas y evaluaciones del programa y datos para subvenciones.

El número de niños elegibles que buscan inscribirse en el programa After School a menudo excede el número que puede ser atendido de manera segura y efectiva con los fondos disponibles; por lo tanto, a veces puede que se establezca una lista de espera. Se dará preferencia a los estudiantes que cumplan con los criterios de la subvención y asistan al programa 5 días a la semana durante todo el día del programa. La falta de transporte no será una barrera para la participación; comuníquese con Extended Learning al (920) 448-7548 con respecto a una solicitud de asistencia de transporte.

Firma de padres de familia/apoderados _____

Relación: Madre Padre Otro _____ Fecha: _____

Office Use Only:

Start Date: _____ Start Date: _____

End Date: _____ End Date: _____