

Texas ACE
21st Century Community Learning Center
Forma de Registración – 2019-2020

******LETRA EN MOLDE POR FAVOR******

Yo asistí al programa el año year Si No

Escuela: _____

Apellido del Participante	Primero nombre del Participante	Inicial	Teléfono de casa #
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Etnicidad/Raza: (Pregunta en dos partes: Por favor llene ambas secciones)

Edad Sexo (M or F)

ID escolar #

Fecha de Nacimiento

Etnicidad (<u>Elija una</u>)	<input type="checkbox"/> Hispanic/ Latino or	<input type="checkbox"/> Ninguna
<u>Raza (Elija una a pesar de su etnicidad):</u>		
<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska (1)	<input type="checkbox"/> Asiático (2)	
<input type="checkbox"/> Negro/ Afro Americano (3)	<input type="checkbox"/> Blanco (4)	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ de las Islas Pacificas (5)		

Nombre del Club	Grado	Estudiante recibe: (indique uno)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Almuerzo Gratis <input type="checkbox"/> Almuerzo Reducido

Nombre de Maestro de salon principal	<input type="text"/>
Lenguaje Principal del estudiante	<input type="text"/>

El estudiante vive con (indique uno)

<input type="checkbox"/> Ambos padres	<input type="checkbox"/> Madre soltera	<input type="checkbox"/> Padre soltero
<input type="checkbox"/> Bajo cuidado de Estado	<input type="checkbox"/> Guardián	<input type="checkbox"/> Otro

El estudiante: caminará a casa será levantado tomará el autobus de la ciudad ~~take ACE transportation (not available at all sites).~~

If transportation is provided by program, list closest corner stop to home:

En que tipo de actividades extra curriculares participa el estudiante? _____

Existe alguna razón medica lo cula impida que su hijo patcipe en actividades fisicas? No Si

Si indico que si, explique aqui abajo:

Enliste abajo cualquier otra cosa (alergias, medicinas o necesidades especiales) que nuestra facultad deberia saber sobre su hijo

****El padre o guardian es responsable de notificar al programa ACE de cualquier cambio****

Texas ACE
21st Century Community Learning Center
Forma de Registración – 2019-2020

Página sobre información del Hogar
--- Llenar UNA por cada familia ---

Indique en las cajas si están autorizados a levantar al estudiante

Apellido del Padre 1/Guardian	Primer Nombre	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Relación	<input type="checkbox"/>

Apellido del Padre 2/Guardia	Primer Nombre	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Relación	<input type="checkbox"/>

En caso de una emergencia los padres/guardianes serán contactados primero. Enliste a 2 otros adultos para que sean notificados en caso de que los padres no puedan ser notificados

1 ^{er} Contacto de Emergencia (Apellido, Nombre) # de Teléfono	2do Contacto de Emergencia	# de Teléfono	<input type="checkbox"/>
1.	2.		
			<input type="checkbox"/>

Permiso para Actividades ACE para Padres/Guardianes

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Debe ser firmado por el padre/Guardián para participantes menores de 18 años de edad.

Yo otorgo consentimiento al participante (s) enlistado abajo y en la parte reversa a tomar parte en las actividades de Texas ACE las cuales pueden incluir eventos fuera de sitio, asistencia académica, educación continua, y programas recreativos. En caso de una emergencia médica, la facultad de nuestro programa tomara todos los pasos necesarios para asegurar el cuidado del participante y le llamara, si es necesario, un vehículo público de emergencia para transportación a un lugar de auxilio médico. Yo entiendo que yo seré responsable por cualquier tipo de cargos por transportación médica y gastos médicos que incurran por incidentes de emergencia.

Adicionalmente, también otorgo mi consentimiento al distrito y el programa Texas ACE para que compartan archivos del estudiante participante mutuamente con el fin de proveer apoyo y asistencia educativa. En adición, yo entiendo que el distrito y el Programa Texas ACE utilizarán los archivos de los participantes para evaluar el progreso individual y el mejoramiento así como herramienta en la evaluación y el impacto de este programa en el éxito académico de el estudiante y seguir obteniendo fondos monetarios para el programa.

(Opcional – Por favor marque en la caja para consentimiento) Yo también otorgo consentimiento al Programa Texas ACE para tomar la fotografía del participante durante las actividades del programa para ser utilizadas en propósitos educativos y propósitos de relaciones públicas.

Yo certifico que he leído y entiendo la información mencionada arriba.

Escriba Su Nombre _____

Firma _____

Fecha _____