

**APLICACION PARA PROGRAMA DE ENRIQUECIMIENTO DESPUES DE CLASES
DE LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE DARE**

Para completar, firmar y archivar el primer día del programa y actualizar como necesario.

Escuela del estudiante (circula uno) CHES FFES KHES MES NHES **Fecha** _____

(Circula todo que aplica) **ASEP 2020-2021** **Verano 2020** **Sitio preferido de verano:** CHES NHES

INFORMACION DEL ESTUDIANTE: **Nombre completo**

_____ (Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apodo)
Domicilio Físico del Estudiante _____

Grado en escuela en 2020-21 (Circula uno) K 1 2 3 4 5 **Edad** _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Sexo (circula uno): Masculino Femenino **Origen Étnico (circula uno):** Hispano/Latino No-Hispano
Selecciona Raza (circula todo que aplica):
Nativo americano/Nativo de Alaska asiático negro hawaiano/Otra isla del Pacifico Blanco

INFORMACION FAMILIAR: Estudiante vive con _____

Nombre del Padre/Guardián _____ **Teléfono** _____

Domicilio (si diferente del estudiante) _____

Correo electrónico _____ **Empleo** _____ **Teléfono del trabajo** _____

Nombre de Madre/Guardián _____ **Teléfono** _____

Domicilio (si diferente del estudiante) _____

Correo electrónico _____ **Empleo** _____ **Teléfono del trabajo** _____

CONTACTOS: El estudiante solo se podrá ir con los padres/guardianes indicados anteriormente. El estudiante también se puede ir con los siguientes individuos, con la autorización de la persona firmando esta aplicación. Favor de usar otra hoja de papel para incluir a personas adicionales autorizadas a recoger al estudiante.

Nombre	Relación	Domicilio	Teléfono

En caso de emergencia, si los padres/guardianes no se pueden localizar, el personal tiene permiso para contactar a los siguientes individuos:

Nombre	Relación	Domicilio	Teléfono

Indica cualquier persona con quien su hijo **NO** puede irse:

¿Hay una orden legal de protección con las cortes? _____

(Fecha de Orden) (Nombre de Persona)

**Una orden de la corte es el único proceso legal que tenemos para prevenir que un p/madre recoja a su hijo.*

NECESIDADES DE SALUD: Contesta todas las preguntas o circula N/A si no aplica a su hijo.

Para cualquier niño con necesidades de atención médica como alergias, asma u otras condiciones crónicas que requieran servicios de salud especializados, se adjuntará un plan de acción médica a la aplicación. El plan de acción médica debe ser completado por el p/madre o médico del niño.

1. ¿Tiene su hijo un plan de acción medica?? Sí_____ No_____ Si tiene, favor de proporcionar una copia.
2. Indica alergias y síntomas y el tipo de acción que se requiere para reacciones alérgicas.
_____ o circula N/A
3. Indica necesidades o preocupaciones de salud, síntomas y tipo de acción para estas necesidades o preocupaciones.
_____ o circula N/A
4. Indica miedos particulares o comportamientos especiales que tiene el estudiante.
_____ o circula N/A
5. Indica cualquier medicamento que se toma para necesidades de salud.
_____ o circula N/A
6. Comparte otra información que afecta la garantía de proporcionar un tratamiento médico seguro para su hijo.
_____ o circula N/A

¿Tiene su hijo un plan de IEP o 504? Sí___ No ___ Si tiene, favor de especificar.

Información de Emergencia:

Nombre del médico del estudiante _____ Teléfono de la Oficina _____

En caso de emergencia, estudiantes serán transportados Hospital de los Outer Banks en Nags Head en 4800 S. Croatan Hwy., Nags Head, NC 27959 teléfono 252-449-4500. Si su hijo acostumbra ir a otro hospital y tiene información de vital importancia archivada allí, favor de indicar el hospital y persona de contacto al seguir.

Nombre del otro hospital _____ Teléfono _____

Autorización para conseguir atención médica de emergencia:

Yo, como padre/guardián, autorizo al Programa de Enriquecimiento Después de la Escuela de las Escuelas del Condado de Dare para obtener atención médica para mi hijo en caso de emergencia

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Firma de Recibo de Documentos Requeridos para Matriculación en el Programa de ASEP:

Reconozco por mi firma a continuación que he recibido los siguientes documentos de matriculación para el Programa de ASEP de las Escuelas del Condado de Dare y que han sido repasados conmigo. (Todos los documentos se encuentran en www.daretolearn.org y están disponibles en forma física al pedir.) **El Manual para Padres (incluye el Plan de Participación de Padres), Política de Disciplina, Resumen de Leyes de Cuidado Infantil de NC, Restricciones de Tabaco y Fumar**

*Doy permiso para que mi hijo asiste a actividades fuera del campus que no requieren transportación. ASEP me notificara de estas excursiones con una semana de anticipo. En cualquier momento, puedo negarle permiso de participar en estas actividades a mi hijo.

Política de Recogida Tarde:

Horas de operaciones son hasta las 6:00 p.m. En caso de recogidas tardes, reconozco por mi firma a continuación que se me puede cobrar un cargo por recoger a mi hijo tarde. También reconozco que mi hijo puede ser despedido del programa a causa de recogidas tardes.

Nombre en letra de molde Padre/ Guardián _____

Firma _____ Fecha _____

(Staff Use Only) Medical report & immunization records for this student are on file in the school office.
_____ 1st quarter information update _____ 2nd quarter information update _____ 3rd quarter information update