

## 21<sup>st</sup> Century ASAP @ RPS

### Programa de Aprendizaje Siglo 21 Después de la Escuela

#### Formulario de inscripción y transportación

El transporte se proporcionará bajo las direcciones actuales de RPS205

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ ID del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lenguaje común en el hogar: \_\_\_\_\_

Consentimiento de Imagen: \_\_\_\_\_

Hermano(s)/hermana(s) que participen en un programa después de la escuela de 21<sup>st</sup> Century ASAP:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Persona(s) autorizadas para recoger al estudiante.**

Nombre de la persona (s) autorizadas: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

El estudiante **tomará el autobús escolar** después del programa (1<sup>st</sup> – 5<sup>th</sup> grade)

El estudiante **tomará el autobús de actividades** después del programa (6<sup>th</sup>-12<sup>th</sup> grade)

El estudiante **NO necesitará transportación** escolar (caminará a casa/será recogido por personas autorizadas)

El estudiante **viaja en el autobús SUNRISE** durante el año escolar

**SI SU DOMICILIO ES DIFERENTE DEL QUE APARECE EN LA ESCUELA, NECESITARÁ LLENAR UN FORMULARIO DE CAMBIO DE DOMICILIO.**

Dirección de entrega:

Domicilio:  \_\_\_\_\_

Dirección Phone

Otro:  \_\_\_\_\_

Dirección Phone

Alergias del estudiante: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono del doctor familiar: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_

Al inscribir a su hijo en el programa después de clases del 21st CCLC usted acepta recoger a su hijo lo antes posible si un miembro del personal llama para informarle que su hijo se siente enfermo. El programa después de la escuela seguirá los mismos protocolos que el distrito, como se describe en las páginas 19-20 del Manual de la Familia de regreso a la Escuela. Los siguientes síntomas resultarán en una llamada telefónica para recoger a su hijo del programa:

- Tener una temperatura de 100.4 grados o más
- Tener cualquiera de los siguientes síntomas: Fiebre, escalofríos, tos, dificultad para respirar o dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida de sabor o olor, dolor de garganta, congestión o flujo nasal, náuseas o vómitos y diarrea

Estudiantes y el personal que muestran síntomas en la escuela o que cumplen con estos criterios serán enviados a casa o deben ser recogidos por un padre o tutor. RPS 205 sigue los consejos del Departamento de Salud Pública de Illinois. Todos los estudiantes y el personal que son enviados a casa con síntomas COVID-19 deben ser probados de forma diagnóstica y permanecer en casa hasta que reciban resultados negativos de la prueba COVID19. El personal de 21st CCLC se comunicará con la administración de la escuela con respecto a cualquier estudiante que presente los síntomas anteriores y las familias deben contactar a la escuela antes de regresar a la escuela. **Si no recoge a su hijo cuando muestra los síntomas anteriores, el niño no podrá regresar al programa.**

**FORMULARIO DE EXENCION Y LIBERACION**

El Distrito Escolar de Rockford, Burpee Museo Natural de Historia, Discovery Center Museo, Rockford Boys and Girls Club, Rockford Park District, Severson Dells, YMCA, y otras agencias que proveen servicios durante el programa después de la escuela se han comprometido a llevar a cabo sus programas y actividades de recreación de una manera segura y consideran que la seguridad de los participantes es de suma importancia. El Distrito Escolar junto con las agencias continuamente se esfuerzan para reducir estos riesgos e insisten que todos los participantes sigan las normas de seguridad e instrucciones que están diseñadas para proteger la seguridad de los participantes. Sin embargo, los participantes y los padres, madres o tutores de los menores de edad que se inscriben en este programa o actividad deben reconocer que existe un riesgo inevitable de lesiones al participar en este tipo de actividades y programas recreativos. Usted es el único responsable de determinar si usted o su menor de edad están físicamente aptos o hábiles para participar en las actividades contempladas por este acuerdo. Siempre es aconsejable consultar a un médico antes de realizar cualquier actividad física, sobre todo si hay participantes embarazadas, o sufre de algún tipo de discapacidad o recientemente sufrió una enfermedad, lesión o impedimento físico.

**ADVERTENCIA DE RIESGO**

Las actividades recreativas tienen como objetivo desafiar y comprometer los recursos físicos, mentales y emocionales de cada participante. A pesar de una preparación cuidadosa y adecuada, de la instrucción, del consejo médico, del acondicionamiento y del equipo, todavía existe el riesgo de lesiones graves cuando se participa en cualquier actividad. Es comprensible que no se puedan prever todos los peligros. Dependiendo de cada actividad en particular, los participantes deben entender los riesgos, peligros y lesiones debido a las inclemencias del tiempo, resbalones, caídas, nivel de habilidad o equipo deficiente, supervisión inadecuada, instrucción, y todas las otras circunstancias relacionadas a las actividades interiores y exteriores existen. En este sentido, debe reconocerse que es imposible para el Distrito Escolar de Rockford, el Museo Burpee de Historia Natural, el Museo Discovery Center, el Club de niños y niñas de Rockford, Rockford Park District, Severson Dells, YMCA y las agencias que proporcionan programas ASAP – RPS205 garantizar la seguridad absoluta.

**RENUNCIA Y LIBERACION DE TODAS LAS RECLAMACIONES Y ASUNCION DE RIESGO**

Reconozco y entiendo que hay ciertos riesgos de lesiones físicas para los participantes en este programa y peligros incidentales en la conducta de este programa. Voluntariamente estoy de acuerdo en asumir el riesgo total de cualquier lesión, daño o pérdida, independientemente de la gravedad, que mi hijo menor/pupilo o yo pueda sostener como resultado de dicha participación. Además, acepto renunciar a todas las reclamaciones que yo, o mi hijo menor, pueda tener (o acumularme a mi hijo/a o a mí). Por la presente autorizo a ASAP - RPS obtener tratamiento médico para mi hijo(a) en caso de que los padres o contactos de emergencia no puedan ser contactados.

**He leído y entiendo completamente la información anterior, advertencia de riesgo, asunción de riesgo y renuncia y liberación de todas las reclamaciones.**

---

**Nombre del estudiante**

---

**Firma del estudiante**

---

**Fecha**

---

**Nombre del padre/tutor**

---

**Firma del padre/tutor**

---

**Fecha**

---

**ID del estudiante**